



Universidade de Aveiro
Ano 2009

Secção Autónoma de Ciências Sociais Jurídicas e
Políticas

**Maria do Rosário
Monteiro da Costa
Oliveira**

**A Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários
em Portugal**



**Maria do Rosário
Monteiro da Costa
Oliveira**

A Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Maria Teresa Geraldo Carvalho, Professora Auxiliar da Secção Autónoma de Ciências Sociais Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro e do Professor Doutor Rui Armando Gomes Santiago, Professor Associado com agregação da Secção Autónoma de Ciências Sociais Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro.

o júri

Presidente

Professor Doutor Eduardo Anselmo Moreira Fernandes de Castro
Professor Associado da Universidade de Aveiro.

Vogais

Professor Doutor Rui Armando Gomes Santiago
Professor Associado com Agregação da Universidade de Aveiro.

Professora Doutora Maria Teresa Geraldo Carvalho
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro.

Professora Doutora Maria Manuela Frederico Ferreira
Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

agradecimentos

Uma dissertação, apesar de ser um processo solitário a que qualquer investigador está destinado, reúne contributos de várias pessoas.

Todavia, a execução deste trabalho de investigação não seria praticável sem a cooperação e incentivos de algumas pessoas a quem quero expressar o meu sincero agradecimento.

Desde o início, contei com a confiança, o apoio e a disponibilidade de inúmeras pessoas e instituições. Sem aqueles contributos, esta investigação não teria sido possível.

Antes de mais, queria manifestar o meu enorme apreço pelo apoio, orientação e disponibilidade manifestada pela Professora Doutora Maria Teresa Carvalho e pelo Professor Doutor Rui Santiago. Sem a sua rigorosa e pedagógica orientação, sem as suas sugestões, sem a sua disponibilidade para acolher as minhas dúvidas e hesitações e sem a sua persistente confiança na minha liberdade de investigar, este trabalho não teria sido possível.

Os meus agradecimentos vão igualmente para as diversas personalidades, em particular ao Dr. Paulo Boto, ao Dr. Jorge Cabral, à Dr.^a Ana Cristina Garcia e à Dr.^a Sónia Bastos, que se dispuseram a fornecer dados indispensáveis e decisivos sobre os quais me foi possível trabalhar nesta investigação.

Aos colegas e amigos que me acompanharam ao longo deste percurso, em particular à Benilde, à Maria João e à Dr.^a Ana Margarida, desejo também expressar o meu reconhecimento pela colaboração e ajuda que, de uma forma ou de outra, constituíram contributos inestimáveis, facilitando a elaboração deste trabalho.

E por fim, mas não os menos importantes, agradeço aos meus pais e ao Dinis pela sua infinita compreensão e apoio incondicional, pelo que este trabalho também é deles.

Corre-se o risco de esquecer alguma referência em particular. Mas o maior risco é, sem dúvida, o das palavras serem apenas a sombra do que sentimos.

A todos,

Muito obrigada!

palavras-chave

Nova Gestão Pública, Reformas na Saúde, Cuidados de Saúde Primários Contraturalização.

resumo

Os primeiros passos da contraturalização na saúde em Portugal tiveram lugar num contexto caracterizado por outras iniciativas de reforma - como, por exemplo, os projectos de reorganização dos cuidados de saúde primários e dos sistemas locais de saúde - que não se revelou particularmente estável.

A contraturalização num “quase-mercado” público pressupõe do lado da “Agência” o conhecimento das necessidades a atender e o de um preço “justo” para negociar, enquanto do lado dos prestadores requer o conhecimento das suas funções de “produção”. Tanto num pólo como no outro as primeiras experiências regionais em Portugal na década de noventa parecem indicar que ainda haveria um longo caminho a percorrer de amadurecimento institucional e de criação das capacidades técnicas necessárias.

No entanto, foi possível observar progressos importantes quer na elaboração e negociação de orçamentos-programa, quer na presença de “representantes” do cidadão no processo negocial.

A experiência de contraturalização com os centros de saúde por parte da Agência de Contraturalização dos Serviços de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo, tanto no seu enquadramento estratégico como nos processos de contraturalização adoptados, é aqui detalhada.

Faz-se uma apreciação global dos resultados desta experiência de contraturalização para o período de 1996 a 2000, tentando-se identificar os principais factores críticos que condicionaram a sua implementação nos centros de saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo.

Foi possível observar que o enfoque posto na discussão dos dados de produção (como, por exemplo, menos urgências ou mais domicílios) e as experiências realizadas na organização da participação dos utentes dos centros de saúde tiveram efeitos positivos. Em contrapartida, o trabalho ainda incipiente naquilo que diz respeito à determinação das necessidades em cuidados de saúde da comunidade não permitiu dar mais relevo às questões relacionadas com a promoção da saúde. De efeitos menos positivos foi também a diminuição do interesse pelo processo de contraturalização por parte de diversos órgãos centrais e regionais do sistema de saúde.

Segundo a opinião dos stakeholders entrevistados, a história recente da contraturalização no sistema de saúde Português, apesar de ainda não existir informação quanto ao real impacto no sistema de financiamento e tendo em conta a fraca capacidade de acompanhamento, a experiência e amadurecimento do processo por parte das agências e dos gestores das organizações, apresenta resultados positivos no que se refere às mudanças de atitude, pois parece incentivar as boas práticas de gestão aos diversos níveis.

Referiram, ainda, que em termos genéricos a contraturalização tem-se limitado à gestão de alguns objectivos, descentralizando algumas decisões e relacionando custos com actividades. No entanto, a hierarquia verticalizada do sistema parece ter dificultado a inovação e a aplicabilidade do desenvolvimento do processo.

keywords

New Public Management, Health Care Reforms, Primary Care and Contracting.

abstract

The first steps in health contracting in Portugal took place in a context of broader health care reforms. These included health center reorganization and the development of "local health systems" designed to better coordinate health services horizontally in a community level. This context proved to be a relatively unstable one.

Contracting in public "quasi market" situation (public financing and provision) implies, from the contracting agency, a clear awareness of community health need and of service fair price and from the health service provider a control over its production functions.

In one or the other of these contracting poles, the Portuguese experience will be certainly a long development process.

Nevertheless an important progress has been achieved in the technical aspects of contracting and also in experimenting approaches for citizens's participation in the contracting process.

The experience on performance contracting of the Health Services Contracting Agency of the Health Region of Lisbon and the Tagus Valley is presented in what concerns the strategic framework adopted and also in what pertains to the contracting process itself.

A global assessment of performance contracting by the Agency during the 1996-2000 period is also presented.

In addition, the critical factors, which constrain there implementation in health centers of the Health Region of Lisbon and the Tagus Valley, are questioned.

During this period positive effects could be observed as a result of the emphasis placed by the Agency in analysing and discussing health services production patterns - promoting home care, limiting use of emergency services - and also as a consequence of the efforts made for involving citizens in the contracting. Less positive was the limited focus placed in health promotion as a result of the slow progress made this far on the study of community health needs. The same can be said in relation to the diminishing interest on performance contracting by some central and regional management bodies.

According to the experts involved, the recent history of contracting in the Portuguese health system shows positive results, in spite of the absence of information about its real impact on the funding system and bearing in mind the existence of weak accompanying mechanisms. The maturing experience of both the contracting agencies and the organization managers evidence positive signs of behavioral change, since good management practices at different levels seem to have been encouraged. They also support that in general terms, contracting has been, up to now, limited to the management of a few objectives, decentralizing some decisions and relating costs to activities. However, the vertical hierarchy of the system seems to constrain innovation and the applicability of the process achievements.

Agradecimentos

Resumo

Abstract

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE QUADROS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ÍNDICE GERAL

PRIMEIRA PARTE

INTRODUÇÃO.....1

Capítulo I. Enquadramento geral – A Nova Gestão Pública e os Sistemas de Saúde.....7

1.1. O novo contexto da gestão pública: do centralismo burocrático aos modelos políticos
inspirados no mercado7

1.2. A Nova Gestão Pública nas Reformas dos Sistemas de Saúde. O modelo de agência
como instrumento de reforma da Administração Pública.....17

Capítulo II. A contratualização numa “nova” administração pública da saúde.....24

2.1. A contratualização: a polissemia de um conceito.....24

2.2. Especificidades da contratualização no sector da saúde.....32

2.3. Tipologia de relações contratuais.....48

2.4. Análise do processo de contratualização na Saúde na Europa: a experiência do Reino
Unido e de Espanha.....63

2.4.1. Breve introdução.....63

2.4.2. A experiência da contratualização na saúde em Espanha.....64

2.4.3. A experiência da contratualização na saúde no Reino Unido.....71

Capítulo III. Enquadramento do trabalho de investigação no sector da saúde em Portugal81

3.1.	Antecedentes do actual Sistema de Saúde Português.....	81
3.1.1	Período 1970-1984: A emergência e consolidação dos cuidados de saúde primários em Portugal.....	81
3.1.2	Período 1985-1994 – O novo papel para o sector privado e a regionalização do Serviço Nacional de Saúde.....	85
3.1.3	Período após 1995 - A abordagem segundo a “Nova Gestão Pública” para a reforma do Serviço Nacional de Saúde.....	88
3.2	A Contratualização nos cuidados de saúde primários em Portugal.....	97
3.2.1	O conceito de cuidados de saúde primários.....	97
3.2.2	As unidades prestadoras de cuidados de saúde primários, os seus profissionais e a sua relação com os níveis central, regional e sub-regional do Ministério da Saúde.....	99
3.2.3	Os Indicadores de desempenho nos cuidados de saúde primários.....	102
3.2.4	A experiência de contratualização na década de noventa com os centros de saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo.....	105

SEGUNDA PARTE

Capítulo IV. Quadro metodológico da investigação.....	117
4.1 A definição do tema de estudo e dos objectivos da investigação.....	117
4.2 Explicitação e justificação dos processos metodológicos.....	122
4.2.1 As orientações metodológicas da investigação.....	122
4.2.2 Trabalho de campo com base em entrevistas.....	125
4.3 Caracterização da amostra	131
4.4 Tratamento dos dados: a análise de conteúdo das entrevistas	133
Capítulo V. Análise e discussão dos resultados: a memória da contratualização no discurso dos actores.....	135
Conclusão.....	181
Referências bibliográficas.....	193

Sites da Web consultados.....	224
Legislação.....	225
Anexos.....	229
Anexo 1 - Guião de entrevista 1 a realizar a responsáveis pelas Agências de Contratualização da Saúde no período 1996-2000.....	229
Anexo 2 - Guião de entrevista 2 a realizar a directores de centros de saúde no período 1996-2000, aquando a primeira experiência de contratualização nos cuidados de saúde primários em Portugal.....	235
Anexo 3 – As funções da ACSS.....	238
Anexo 4 - Calendarização da preparação dos orçamentos-programa	239
Anexo 5 - Indicadores básicos utilizados e os respectivos valores de referência para análise dos OP's, no âmbito do processo de contratualização iniciado em 1996 entre a ACSS da região de LVT e os CS	240
Anexo 6 - Número de entrevistas solicitadas e concedidas	242
Anexo 7 – Características sócio-demográficas dos entrevistados	243
Anexo 8 - Definição do significado atribuído às dimensões e categorias	244

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro n.º 1: Tipos de Relações de Accountability (responsabilização)	43
Quadro n.º 2: Contratos de desempenho na OCDE	53
Quadro n.º 3: O que contratar?	56
Quadro n.º 4: O espectro da contratualização de desempenho.....	62
Quadro n.º 5: Principais períodos de evolução do SNS.....	81
Quadro n.º 6: Tipologia ou categorização de cuidados de saúde	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AASS – Agências de Acompanhamento dos Serviços de Saúde
ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS – Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde
ADSE – Assistência na Doença aos Servidores do Estado

AP – Administração Pública

APMCG - Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CAESS – Comissões de Acompanhamento Externo de Serviços de Saúde

CS – Centro de saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CRES - Conselho de Reflexão sobre a Saúde

CRI – Centros de Responsabilidade Integrada

DGS – Direcção Geral de Saúde

GDH – Grupo de Diagnósticos Homogéneos

EUA – Estados Unidos da América

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

INFARMED – Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

MS – Ministério da Saúde

NHS - National Health Service

NGP – Nova Gestão Pública

OCDE - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

ONU – Organização das Nações Unidas

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PERLE - Programa de Recuperação das Listas de Espera

PIB - Produto Interno Bruto

RRE - Regime Remuneratório Experimental para a Clínica Geral

SAMS – Serviços de Assistência Médico-Social dos Bancários

SNS - Serviço Nacional de Saúde

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

Em Portugal, a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) surge em confluência com os processos de democratização e descolonização, sustentado nos valores fundamentais do Estado providência, ligados às noções de universalidade, gratuidade e solidariedade na prestação de serviços. A sua edificação foi, desde logo, limitada quer pelos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis, quer pela pretensa necessidade de racionalização da utilização dos serviços de saúde (Carreira, 1996: 413).

Na década de oitenta, a expansão do sistema em termos de infra-estruturas, instalações e equipamentos e a sua “regionalização mitigada” (Carapinheiro e Cortês, 2000: 277) foi acompanhada, no contexto internacional, por um agravamento da crise económica e pela ascensão ao poder de políticos liberais em países “centrais”. Neste contexto, emergiu um discurso que criticava a responsabilidade exclusiva do Estado na protecção das políticas sociais e na promoção do bem-estar (Carapinheiro e Côrtes, 2000: 263-266).

Em termos nacionais, estas tendências começam a ter eco nas políticas de saúde nacionais, desenvolvidas nos inícios dos anos noventa, visando a racionalização e redução das despesas públicas com a saúde. Nesta perspectiva, estes processos assentavam, sobretudo, na intersecção de duas lógicas: a responsabilização conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado na protecção e financiamento da saúde, por um lado, e a estimulação do papel do sector privado na saúde, por outro lado¹. Desde então tem-se enveredado por políticas de liberalização das modalidades de gestão das organizações públicas, decorrente da atribuição de maiores graus de autonomia no desempenho das suas funções, em particular ao nível micro das relações laborais, tendo como quadro de referência os modelos considerados como “menos burocráticos” do sector privado.

Para Campos et al. (2006), as alterações recentes na moldura da oferta de cuidados de saúde, em Portugal, indiciam uma aproximação política diferente à “nova realidade” da saúde. Para este, a reformulação da rede hospitalar, a reorganização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e a

¹ Estes objectivos foram concretizados, entre outros, na Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto) e no Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro).

criação de uma rede de cuidados integrados constituem sinais significativos de uma nova abordagem do sistema de saúde português.

É neste quadro de reestruturações, e de reorganização da prestação de cuidados no sector público da saúde em Portugal, que emergem novas metodologias de financiamento dos cuidados de saúde. Neste âmbito, pretende-se que os recursos passem a ser distribuídos em função das necessidades identificadas. Dito de outra forma, os recursos deixam de ser atribuídos aos serviços em função do histórico e dos inputs, para passarem a sê-lo com base nos resultados e assente em critérios que terão como suporte a evidência. Neste contexto, o recurso à contratualização passa a ser encarado como um caminho desejável de percorrer com vista à obtenção de significativos ganhos de eficiência e satisfação dos cidadãos.

As diversas iniciativas dominantes na reestruturação dos sistemas de saúde apresentam, no essencial, numerosas áreas de convergência que podem ser claramente enquadradas no âmbito da Nova Gestão Pública (NGP). Antes de mais, verifica-se uma tendência para a substituição do Estado pelo mercado na regulação e coordenação dos sistemas. São introduzidos mecanismos de orientação para o mercado que tentam promover o aumento da competição interna no sistema, através da concretização de medidas relacionadas com a separação entre financiador e prestador e a introdução de estímulos à contratualização. É possível detectar, neste contexto, um deslocamento nos valores que presidiram à edificação do SNS, com a saúde a deixar de ser politicamente representada como um bem predominantemente colectivo ou social, para passar a ser perspectivada como um bem susceptível de ser comercializado e transaccionado. Concomitantemente, observam-se tentativas para provocar rupturas na cultura tradicionalmente dominante nas instituições de saúde, a mais evidente das quais talvez seja a que se dirige à reorganização da prestação de serviços e, em certa medida, ao funcionamento das instituições em torno da noção de consumidor.

Em Portugal esta tendência tem início nos finais da década de 1990 com a criação das agências de contratualização dos serviços de saúde, (Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Julho). Mais tarde, (através do Despacho Normativo nº 22 250/2005, de 3 de Outubro), estas agências são reabilitadas, tentando reforçar-se a importância da contratualização por forma a assumir um papel mais activo na distribuição de recursos. O objectivo explícito destas medidas políticas era,

claramente, o de promover o controlo do crescimento dos gastos com a saúde, uma maior eficiência no sistema de saúde e uma melhor adequação da resposta às necessidades em saúde das populações. É, então, nos finais de 2005, que o governo português adoptou como linha de acção política a reintrodução de processos de contratualização entre a administração em saúde e as instituições prestadoras de cuidados que integram o SNS.

O abandono do financiamento retrospectivo e a operacionalização de um orçamento “contratado”, que tenha em consideração as especificidades da produção do sector, é apresentado no quadro de uma estratégia específica de reforma da saúde, em geral, e dos CSP, em particular, como uma necessidade incontornável. A avaliação do desempenho, associada a um sistema de consequências, fecha o ciclo deste processo claramente sustentado nos pressupostos da NGP.

O presente trabalho insere-se no contexto destas mudanças no sistema de saúde nacional e tem como principal objectivo analisar as experiências de contratualização com os centros de saúde (CS), em Portugal. Mais concretamente, pretende-se fazer uma apreciação global dos resultados da experiência de contratualização com os CS por parte da Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo², tanto no que toca ao seu enquadramento, como no que concerne aos processos de contratualização adoptados. Por outro lado, procura-se desvendar os principais factores críticos que têm dificultado, ou até mesmo impedido, a concretização de processos de contratualização bem sucedidos, com especial enfoque na sua vertente de CSP, no âmbito da mudança do sistema de saúde português.

Assim, num momento em que se pretende reintroduzir o processo de contratualização em Portugal, ao nível dos CSP, torna-se premente iniciar uma reflexão crítica que permita, por um lado, identificar os principais factores de bloqueio que condicionaram o sucesso das primeiras experiências da contratualização em Portugal e, por outro, analisar o actual enquadramento em que se faz “renascer” o mesmo processo. Assim, este estudo visa aprofundar o conhecimento sobre o contexto económico, social, cultural e político que presidiu à introdução do processo de contratualização ao nível dos CSP, símbolo do processo de mudança que se procurava encetar.

² A única região de saúde que tentou, em larga escala e por um período de tempo superior a um ano, a negociação dos CS com Agências de Contratualização, foi a região de Lisboa e Vale do Tejo, e em menor escala, a região do Alentejo.

Tendo como pano de fundo esta problematização, os principais objectivos deste trabalho podem ser enunciados da seguinte forma:

1. Explicitar o processo de contratualização de serviços de saúde e o papel das agências de contratualização;
2. Examinar, em termos globais, a experiência de contratualização em Portugal no sector dos CSP, tanto no seu enquadramento estratégico, como nos processos de contratualização adoptados;
3. Avaliar, em termos globais, as percepções ou representações dos actores sobre os processos adoptados na experiência de contratualização com os CS da Região de Lisboa e Vale do Tejo, na década de noventa;
4. Identificar os factores críticos que no contexto português, condicionam a implementação dos processos de contratualização na área dos CSP.

Tendo por base o objecto e objectivos específicos enunciados, elegemos uma postura epistemológica de cariz mais qualitativa na abordagem da nossa problemática de investigação.

Nesta perspectiva, e no que corresponde à dimensão empírica deste estudo, os processos de recolha de informação, que serviram de suporte às nossas tentativas para encontrar respostas para as questões de investigação formuladas, apoiam-se na realização de entrevistas semi-estruturadas e na análise de conteúdo dos dados obtidos. Assim, partindo das opiniões de uma amostra significativa de gestores e decisores do sistema, enquanto representantes dos principais stakeholders, e portanto testemunhas privilegiadas do processo, procura-se descrever as suas vivências na implementação daquele processo e explicitar as razões do seu insucesso, ou melhor dizendo, do seu fraco sucesso.

Para encaminhar a leitura desta realidade, construímos um enquadramento teórico que nos serve de filtro não só para analisar os efeitos das mudanças do papel do Estado na organização dos sistemas de saúde, em geral, e nos CSP, em particular, mas, também, como referência central para a elaboração do instrumento de recolha de informação.

Como resultado deste percurso, a apresentação deste trabalho de investigação está

organizada em duas partes fundamentais. Da primeira, fazem parte os capítulos que delimitam a discussão teórica do objecto de estudo; da segunda, os capítulos que incidem sobre a questão metodológica do objecto de estudo e análise e discussão da informação recolhida, com base nas dimensões analíticas que resultaram da articulação entre o quadro teórico de referência e a componente empírica da investigação.

Na primeira parte são apresentados três capítulos. O primeiro capítulo é delineado em torno da discussão e reflexão teórica a propósito dos conceitos de *managerialismo* e NGP, em particular da sua intrusão nos sistemas de saúde Europeus e das suas implicações na reorganização dos CSP.

No segundo capítulo, procura-se apresentar uma revisão bibliográfica dos estudos desenvolvidos sobre as reformas da administração pública e sobre contratualização em saúde. No sentido de obter um enquadramento mais abrangente analisam-se, sumariamente, as principais teorias económicas que parecem contribuir para o conceito em análise. Pretende-se destacar, ainda, a evolução dos conceitos fundamentais envolvidos, bem como algumas metodologias de aplicação dos respectivos instrumentos de análise.

Procura-se, ainda, delimitar o campo de investigação, através da análise da experiência de contratualização nos sistemas de saúde no Reino Unido e em Espanha, dada a similitude organizacional entre estes sistemas e o português. Pretende-se, com esta análise, identificar as principais variáveis chave dos sistemas de saúde nestes países, nas vertentes das mudanças operadas e da contratualização, assim como os desafios mais importantes que actualmente se colocam ao sector da saúde. Com o intuito de complementar esta análise apresenta-se uma breve reflexão sobre as diferentes questões que condicionam e, simultaneamente, parecem potenciar este processo e que deverão estar subjacentes ao desenvolvimento das políticas de saúde, nos países em análise.

No terceiro capítulo, procede-se a uma breve resenha da evolução do sistema de saúde em Portugal e dos seus principais factores condicionantes, de natureza económica, social, política e jurídica. Tal visa permitir, desde logo, explicitar, de forma mais completa a sua configuração actual e, concomitantemente, identificar e interpretar as oportunidades e os obstáculos que se apresentam à sua transformação.

Neste capítulo procede-se, ainda, à conceptualização da contratualização nos CSP, em Portugal, clarificando o conceito de CSP, identificando as principais unidades prestadoras desse nível de cuidados de saúde, os seus profissionais e a sua relação com os níveis central, regional e sub-regional do Ministério da Saúde. Faz-se, igualmente, uma breve abordagem aos principais indicadores de desempenho mais utilizados no âmbito dos CSP.

Encerra-se o capítulo com uma descrição sumária do nível de conhecimento sobre o processo de contratualização na saúde em Portugal, com especial enfoque na sua aplicação nos CSP, e o desenvolvimento do mesmo, no período de 1996 a 2000/2001.

Na segunda parte deste estudo, procura-se balizar-se as estratégias e opções metodológicas que presidiram à construção do objecto e objectivo do estudo, enunciando-se as opções tomadas quanto à definição da amostragem qualitativa e às técnicas de recolha e análise da informação (quarto capítulo). Por fim, analisam-se e discutem-se os dados obtidos com a análise do discurso dos actores (quinto capítulo).

Este estudo conclui-se com a apresentação de uma síntese dos principais resultados obtidos, e com a enunciação de algumas pistas futuras de investigação relativas a esta temática. Ao mesmo tempo, são assumidas as limitações inerentes ao trabalho proposto.

Capítulo I. Enquadramento geral – A Nova Gestão Pública e os Sistemas de Saúde

1.1. O novo contexto da gestão pública: do centralismo burocrático aos modelos políticos inspirados no mercado

Ainda que a análise dos objectivos da reforma possa considerar a especificidade intrínseca do sector da saúde, não podendo os vários desenhos sectoriais serem reduzidos a uma tese única da reforma do Estado, considera-se necessário proceder à ligação entre as mudanças em curso e as propostas emergentes de substituição do modelo burocrático administrativo dominante, para assim se obter maior rigor analítico no estudo das mudanças implementadas.

As hierarquias foram, durante muito tempo, mecanismos essenciais e quase exclusivos de coordenação da vida social, maioritariamente utilizados pelos governos que assentam a sua acção em modelos de poder centralizados³. Como refere Lima (2007) “este modo de coordenação assenta em meios administrativos e caracteriza-se pela existência de um desenho organizacional e de uma direcção regulada por regras, bem como de acções deliberadas que procuram concretizar objectivos pré-especificados” (Lima, 2007: 154).

Tradicionalmente a organização das actividades do Estado tinha como base o modelo weberiano de organização, baseado na divisão vertical do trabalho, na distribuição da autoridade ao longo da hierarquia, concentrando, no topo da organização, a responsabilidade por todas as acções. No âmbito de uma estrutura de comando em forma piramidal, orientada do topo para a base, recorre-se a mecanismos burocráticos, como a definição e imposição de regras uniformes e universais, a estipulação de padrões de desempenho a observar, a emissão de ordens e directivas, a supervisão da acção dos membros e das unidades organizacionais, a monitorização das suas actividades e comportamentos e a realização de auditorias, como forma de controlar a organização e, assim, garantir que as diferentes partes agem num único sentido: o da produção dos objectivos desejados.

A hierarquia configura-se, pois, como “um mecanismo de controlo estruturado existente em organizações desenhadas em patamares e divisões (por exemplo, departamentos), ordenados sequencialmente e obedecendo a uma lógica de subordinação gradual, com autoridade ou poder decrescente a partir do topo” (Thompson, 2003: 23).

³ Fernandes (2005) define centralização, globalmente, como um sistema de administração em que a “responsabilidade e o poder de decidir se concentram no Estado ou no topo da Administração Pública, cabendo às restantes estruturas administrativas, apenas a função de executar as directivas e ordens emanadas desse poder central” (Fernandes, 2005: 54).

Na opinião de Horn (1995), este é o modelo que, pela sua regularidade, melhor se adapta aos interesses do legislador para solucionar os problemas com que os governos se deparam. A regularidade que o modelo proporciona reduz os constrangimentos provenientes dos problemas de transacção e reduz os custos de incerteza. A hierarquia permite abordar vários problemas associados com a produção e fornecimento de bens e serviços. A principal vantagem reside na sua capacidade de gerir fluxos de informação num sistema centralizado de comunicação. Por outro lado, a sua estabilidade garante a continuidade da actividade administrativa, mesmo em situações de instabilidade política.

Todavia, como sublinha Formosinho (2005), ao longo do tempo, a centralização passou de conquista histórica, sobre o arbítrio e a ineficiência, a objecto de interpretação como fenómeno negativo, caracterizado por aspectos como os crescentes custos inerentes a um aparelho administrativo central de grandes dimensões, a morosidade dos processos de decisão e a falta de agilidade para dar resposta à crescente complexidade dos problemas com que se confrontam as sociedades contemporâneas. Tudo isto ocorre porque, para usar as palavras do autor, “o modelo centralizado não é apenas um sistema técnico de decisão, baseado numa racionalidade de base legal, mas também um sistema de distribuição desigual do poder entre o centro e a periferia” (Formosinho, 2005: 19).

Esta crítica ao modelo burocrático foi acompanhada pelo domínio da dinâmica económica e financeira na reforma política dos Estados e das suas Instituições. Neste contexto, emergiram linhas de investigação e de discussão susceptíveis de serem sistematizadas em redor de dois eixos interdependentes:

1. O papel do Estado e a discussão sobre a sua capacidade de construção institucional;
2. Linhas de orientação das reformas e quadro instrumental (onde a contratualização se afigura como uma das ferramentas para a sua implementação).

No primeiro eixo, ressalta a ideia da noção de “insolvência” do Estado de bem estar-social (Welfare State) que fez despoletar as teses de fim de Estado ou do Estado Nação “sucata política”, sem qualidade ética organizativa e funcional (Canotilho, 2000:23). Esta discussão tem sido orientada de acordo com três perspectivas: na primeira, predominam os argumentos económicos, à volta dos quais a globalização do capital, do comércio e do trabalho liquidam, não apenas a autonomia económica do Estado, mas, também, a sua autoridade política; na segunda, os argumentos centram-se em redor da trans e da metanacionalidade dos problemas e,

consequentemente, da necessidade da esfera de decisão transnacional. Defende-se, a substituição e superação da política do Estado pelas políticas transnacionais e internacionais, conduzidas por organizações supra nacionais e internacionais (Canotilho, 2000:23); na terceira versão de fim de Estado, argumenta-se que o padrão regulador, nacional e internacional é uma complexa rede de organizações, corporações e informações, que não deixa lugar para uma política estatal nos povos e territórios de Estado (Canotilho, 2000:23).

A inabilidade das instituições públicas em gerir a crise fiscal e económica que se verificou na década de setenta, a necessidade imperiosa de abrandar a taxa de crescimento dos gastos públicos, a ideia de que a dimensão e interferência do Estado na vida económica e social constituem obstáculos ao desenvolvimento, o descrédito em relação às organizações públicas e as expectativas dos cidadãos em relação à qualidade dos serviços públicos são referidos como alguns dos factores que potenciaram uma “convergência” global nos Estados democráticos para a redução da sua intervenção, papel e volume institucional (Pollit, et al. 2000).

Todavia, para Canotilho, o Estado não esgotou nem perdeu a sua força integradora, embora a problemática dos fins e modos de intervenção do Estado constitua uma peça chave da sua razão futura (Canotilho, 2000:26). O paradigma emergente será, então, o de um “Estado constitucional soberano e mais sabedor, menos centro do poder e mais regulador, menos autoritário e mais supervisor, menos herói e mais inteligente” (Canotilho, 2000:26). Acrescenta o autor, que a reconfiguração do Estado é indissociável da reconfiguração administrativa, bem como qualquer reforma da Administração exige reforma de Estado (Canotilho, 2000:26). Esta ligação entre a reforma da gestão pública, da própria administração e a reforma do Estado, significa, em última análise, a emergência de um novo paradigma do Estado⁴ resultante da substituição do paradigma burocrático da administração pelo paradigma administrativo-empresarial.

A crítica da burocracia como solução organizacional teve por base a presunção de que existiria objectivamente uma superioridade dos sistemas de gestão privada relativamente aos de gestão pública. Foi assim que a influência gradual da Escola Managerial na Administração Pública se materializou num conjunto de princípios fundamentais nas diversas tentativas de reforma que se foram sucedendo a partir dos anos 80. Nela se incluem, segundo Madureira e Rodrigues (2006):

4 Mozzicafreddo (2000) expõe as implicações da introdução da lógica gestionária na Administração Pública, dizendo que assenta na liberalização e na privatização de actividades económicas e sociais do sector público, na redução do peso deste sector público e na flexibilização do regime de trabalho, na desregulamentação, delegação e devolução de competências aos organismos intermediários e (noutros instrumentos considerados a nível microeconómicos).

- i. A descentralização, apontada como elemento de particular relevo, enquanto motor da capacidade criativa e de inovação organizacional, indicou como imperativa a redução dos níveis hierárquicos (achatamento obrigatório dos tradicionais designs piramidais). Alguns autores contrapõem ao modelo centralista um modelo de actores múltiplos, assente na valorização das perspectivas dos corpos sociais e dos grupos-alvo das políticas, numa abordagem bottom-up. Nas suas versões mais extremas, tal modelo dá origem à reivindicação da descentralização, do auto-governo e até da privatização, com o consequente recuo, ou abandono total, da esfera pública por parte do Estado. Na sua versão limite, é advogada a adopção de um mecanismo de coordenação alternativo ao das hierarquias: o do mercado;
- ii. A desregulação, que veio contribuir para que os gestores pudessem intervir directamente na gestão dos recursos financeiros, humanos e materiais, na tentativa de alcançarem os objectivos organizacionais;
- iii. E a delegação das competências, como forma de o poder político se permitir afastar das preocupações da gestão corrente e da implementação das políticas (Madureira e Rodrigues, 2006: 155).

Sintetizando, a “escola managerialista “ mais não fez do que reiterar a ideia segundo a qual as organizações do sector público e do sector privado devem ser geridas por princípios similares na sua essência, apesar de, ao contrário das privadas, as organizações públicas poderem procurar satisfazer interesses socialmente globais e serem (em maior ou menor grau, mas incontornavelmente) controladas pelo poder político.

Não obstante, como sublinha Madureira (2006),

“a escola managerialista não só não resolveu os problemas públicos da forma taxativa, como incorreu em incoerências diversas, proclamando não raras vezes a descentralização, a delegação de competências e a desregulação como medidas fundamentais para a mudança de paradigma na reforma administrativa, mas mantendo o poder hierárquico altamente centralizado na prática” (Madureira, 2006:158).

Entretanto, no início dos anos noventa, a junção do gerencialismo (managerialismo) à nova economia institucional (Rhodes, 1996) resultou no advento da Nova Gestão Pública. Enquanto o

managerialismo, como vimos, consistia na introdução, no sector público, de métodos e práticas de gestão característicos do sector privado, nomeadamente, a gestão assegurada por profissionais, a definição de padrões explícitos de desempenho e de formas de medi-lo, a gestão por resultados, a racionalização dos custos e a proximidade ao consumidor, a nova economia institucional, por seu lado, apostava na introdução de estruturas de incentivos (de que é exemplo a competição em contexto de mercado) na provisão de serviços públicos. Este modelo económico apelava à dissolução dos sistemas burocráticos, à promoção de uma maior competição, através da contratualização externa e dos quase-mercados, e à colocação da ênfase no exercício do direito de escolha por partes dos consumidores.

A expressão Nova Gestão Pública (NGP) é referenciada na literatura académica (Aucoin, 1990; Hood, 1991) para designar as transformações introduzidas por alguns países anglo-saxónicos nos seus sistemas de administração pública, a partir dos anos oitenta. Embora para alguns autores, nomeadamente para McLaughlin (2002), seja difícil definir correctamente a NGP enquanto modelo de gestão, esta denominação, para Hood (1991) serve sobretudo, para identificar os esforços desenvolvidos, nas últimas décadas do século XX, para modernizar e reformar o modelo de gestão pública. Trata-se de uma transformação de paradigma na governação pública que aplica aos serviços públicos mecanismos característicos do mercado (Bardouille, 2000: 86). Tornou-se, nos últimos 15-20 anos, numa “nova ortodoxia” (Pollit, 2000: 182) sobre a forma de conduzir e administrar os assuntos políticos de governo.

A influência da NGP sobre os diversos países está longe de ter sido uniforme, quer porque partiram de pontos diferentes e demonstram diferentes capacidades para implementar estas reformas (Pollit, 2000), ou para lhe resistir, quer, ainda, porque elegeram, selectivamente, de acordo com as características históricas, sociais e culturais dos contextos em que foram introduzidos, os aspectos que adoptaram (Christensen, T. e Laegreid, P., 2001). Em suma, as soluções encontradas no terreno das práticas sociais e dos arranjos institucionais assumem configurações híbridas, de natureza diversa.

Conscientes da diversidade dos contextos nos quais estas reformas se operaram, Jann e Reichard (2002), desenvolveram uma investigação que consistiu na tentativa de identificar novas práticas que tivessem evoluído de modo similar em diferentes países, com tradições

administrativas, culturas e caminhos de reforma visivelmente distintos, procurando entender e explicar tais mudanças. A essência do estudo focalizou-se nas experiências e práticas inovadoras, e não no desenvolvimento e na análise conceptual, que, segundo estes autores, são muito comuns nos relatórios de “estado da arte” da modernização do sector público, principalmente no campo da NGP.

A contratualização de resultados é, também, apontada como uma das três principais estratégias da NGP, dentre as que mais promoveram mudanças substantivas na qualidade dos serviços públicos (Jann e Reichard, 2002). Uma pesquisa comparada, envolvendo realizações da reforma do Estado em sete países, destacou a contratualização de resultados, ao lado da orçamentação por produto (e contabilidade gerencial) e da normalização dos regimes de trabalho, como as principais estratégias eficazes da reforma⁵.

A ênfase é colocada na implementação, nos processos e nas práticas reais e no impacto de inovações em áreas claramente definidas de políticas públicas e/ou projectos, e não nos programas e estratégias gerais de modernização. Concluem os autores que é possível identificar uma nova lógica de direcção no nível do governo central (agenciamento e direcção contratual), inovações no campo do pessoal (normalização e orientação para a performance nos sistemas de pessoal) e na gestão financeira (orçamento e controlo).

A penetração deste modelo nos modos de governação tem sido concretizada, sobretudo, enquanto parte integrante de estratégias gerencialistas mais globais que visam modificar o modo dominante de intervenção do Estado, sem com isso provocar uma sua retirada total nas áreas sociais, nomeadamente na saúde. O melhor exemplo destes desenvolvimentos é a crescente difusão do modelo da NGP, enquanto arquétipo estruturador das transformações operadas, recentemente, na forma de o Estado assegurar a regulação da vida social e a gestão dos corpos e entidades que tem sob a sua responsabilidade directa.

De acordo com Saltman e Busse (2002), diversos países europeus, confrontados com graves crises financeiras e com profundos conflitos políticos, fizeram a opção estratégica de implementar, nos sistemas de saúde públicos e no sector não lucrativo, uma grande variedade de

⁵ A pesquisa abrangeu os seguintes países: Dinamarca, EUA, Holanda, Nova Zelândia, Reino Unido, Suécia e Suíça. A partir de inovações bem sucedidas em cada país, a pesquisa identificou práticas que tiveram evolução similar nos diferentes países (apesar de suas distintas tradições administrativas e culturais) e que mais fortemente contribuíram para melhoria do desempenho do sector público. (Jann e Reichard, 2002).

práticas utilizadas no sector empresarial, com o objectivo de estimular a inovação nos serviços prestados, melhorar a qualidade e promover a eficiência.

A mudança do modelo de gestão da administração pública “clássica” para o da NGP implicou diversas transformações, entre as quais se destacam: a introdução de novas práticas ao nível orçamental e contabilístico, sendo os resultados medidos com base em indicadores de desempenho de natureza quantitativa; a visão das organizações públicas como espaços onde se desenvolvem relações de baixa confiança entre os agentes, o que origina contratos de trabalho nos quais se introduzem incentivos ligados aos desempenho; a desagregação de funções separáveis com a introdução de mecanismos de mercado ou quase-mercado, em particular, uma acentuação da distinção entre prestadores e financiadores de serviços, em substituição da tradicional unificação funcional das estruturas de planificação e de provisão; a introdução de mecanismos de competição entre fornecedores de serviços, incluindo as agências públicas, ou entre estas e empresas ou entidades sem fins lucrativos; e a desconcentração de papéis dos fornecedores, reduzindo-os à menor dimensão possível e permitindo aos utilizadores escolher o fornecedor preferido (Dunleavy e Hood, 1994:9).

Todavia, para Christensen e Laegreid (2001), a NGP é, paradoxalmente, uma “faca de dois gumes”, que apela, simultaneamente, à centralização e à devolução. Dito de outro modo, a ideia de um controlo estrito dos sistemas de acção, por parte de um centro, continua a ser preponderante nesta filosofia, não obstante o seu apelo à participação dos actores locais e à respectiva responsabilização. Por isso, o modelo da NGP não deve ser confundido com uma mera implementação pura do modelo do mercado na regulação da vida social. O recuo do Estado na provisão directa dos serviços públicos não significa, necessariamente, o enfraquecimento do seu controlo sobre esta provisão, pois ele socorre-se de novos mecanismos de regulação que lhe permitem manter e até aprofundar o seu controlo sobre o funcionamento global do sistema e as relações que se estabelecem entre os diferentes actores envolvidos.

Para Dunleavy e Hood (1994) torna-se difícil estabelecer um balanço justo sobre a introdução da NGP no domínio da governação, porque os seus defensores e os seus críticos, são pouco claros na apresentação de argumentos fundamentados: os primeiros fazem declarações de fé evangélicas em que exageram o impacto deste modelo de gestão em termos de eficiência dos

serviços públicos, baseando-se, apenas, em dados muito preliminares ou escolhidos de forma bastante selectiva; os segundos apoiam as suas alegações em evidências dispersas e pouco sistemáticas, assentes, frequentemente, em experiências particulares.

De um ponto de vista genérico, a NGP suscita uma série de incoerências, e mesmo algumas contradições. Antes de mais, parte de pressupostos teóricos, não demonstrados, de que a gestão empresarial seria intrinsecamente mais adequada a todos os contextos e situações, independentemente da variedade dos contornos, designs e propósitos organizacionais de cada estrutura. Proclama a descentralização e o achatamento das estruturas, enfatizando, no entanto, o controlo financeiro e a coordenação orçamental. Geram-se, assim, potenciais desequilíbrios nos processos de tomada de decisão, formalmente descentralizados, mas, na prática, conservados no topo. Este aspecto configura um dos paradoxos da NGP, que é significado por vários autores (Reed, 2002; Ferlie et al., 1996; Hoggett, 1996), com a metáfora da “centralização da descentralização”.

Na verdade, a descentralização é, frequentemente, apontada como panaceia para diversos tipos de males das organizações públicas. Todavia, o êxito da descentralização parece estar condicionado à existência de um ambiente de sustentação para o desenvolvimento da capacidade administrativa e da destreza na implementação das decisões. Quando estas condições não são satisfeitas, a descentralização produz resultados negativos, pela fragmentação dos serviços, perda de equidade, manipulação de interesses e fragilização das funções reguladoras do sector público, estimulando estratégias de recentralização, como no caso italiano (Maino, 1998 em Saltman, 1998).

Por outro lado, os defensores do NGP raramente se referiram às modificações comportamentais e organizacionais indispensáveis para fazer face não só às mudanças impostas pelo exterior, mas, sobretudo, requeridas por uma nova configuração e uma nova “filosofia” organizacional. De referir, também, uma certa insensibilidade deste paradigma, quando considera os cidadãos apenas como consumidores, ou quando vaticina que qualquer serviço público, independentemente da sua missão ou dos pressupostos da sua existência, devia ser gerido de uma mesma forma. Idiossincrasias organizacionais e produtivas, como as dos serviços de saúde e/ou de educação, são suficientemente elucidativas para desmistificar esta generalização. A retórica da orientação para o consumidor é confrontada, na prática, com os imperativos de aumentar a

produtividade e reduzir os custos, assim como com a exigência de definir contratos para a prestação de serviços, o que determina o afastamento das instituições públicas de uma concepção e desenvolvimento definidos a partir das exigências do consumidor (Bolton, 2002; Ferlie et al., 1996; Flynn, 1997).

Desta forma, a apologia do consumidor afigura-se como mais um dos paradoxos da NGP. Rhodes (1996) sistematiza as principais fraquezas associadas à perspectiva gerencialista subjacente ao modelo de governação advogado pela NGP:

- i. Adopção de uma focagem intra-organizacional, enfatizando as questões da eficácia e da eficiência, a racionalização das despesas, o controlo hierárquico e a clarificação da distribuição de responsabilidades e de autoridade – trata-se de uma abordagem adequada para gerir organizações burocráticas, mas limitada para lidar com as relações interorganizacionais, em contextos em que não existe uma clara hierarquia de controlo entre os diferentes actores colectivos implicados;
- ii. Obsessão com a fixação e cumprimento de objectivos – representa a ressurreição da gestão por objectivos dos anos 80 e 90. Ora, num contexto de relações interorganizacionais, as competências prendem-se, sobretudo, com a regulação e a manutenção das relações ao longo do tempo: a preservação da confiança entre os actores passa a ser a consideração mais importante;
- iii. A focalização nos resultados – pode ser apropriada para organizações burocráticas, em que é possível determinar quem é responsável pelos resultados obtidos, mas não para contextos marcados por fortes e persistentes interacções interorganizacionais, nos quais não é possível identificar um actor singular que seja responsável por um determinado resultado e onde, aliás, os actores podem até discordar sobre o resultado mais desejável a obter e como medi-lo;
- iv. Contradição entre a promoção da competição, através de mecanismos de mercado, por um lado, e, por outro, a necessidade de assegurar a direcção central dos processos – num ambiente competitivo existe um baixo nível de confiança entre os actores intervenientes, o que dificulta a coordenação global dos processos e o estabelecimento de um ponto de equilíbrio negociado entre as várias partes envolvidas.

Um dos principais riscos em que incorre a NGP é o de desembocar naquilo a que Dunleavy e Hood (1994: 14) designam por “modelo da galinha sem cabeça”, uma metáfora que sugere um corpo sem cabeça a correr sem rumo definido. Como alertam estes autores, a NGP comporta o risco dos serviços públicos serem, simultaneamente, geridos em excesso e de modo insuficiente – em excesso, ao nível de cada unidade organizacional, e, de modo insuficiente, ao nível de todo o sistema, que corre o risco de não conhecer uma orientação global. Tal situação, no limite, implica o risco de diluição da responsabilidade e de sobreposição de incumbências e de domínios de intervenção.

Em suma, a crítica ao NGP, é perspectivada em função dos:

- i. Princípios que a regem - orientação de mercado, influência teórica dos princípios da teoria da escolha pública, teoria da agência e dos custos de transacção, separação formal entre o papel de concepção das políticas e de execução das mesmas;
- ii. Dos instrumentos que utiliza – tecnologias administrativas centradas nos conceitos de “serviço ao cliente” o que pressupõe a segmentação de mercados, “contratação com base na performance”, “concorrência”, aspectos que se cruzam com a concepção de segmentação de marketing, “incentivos de mercado”, “privatização”, e “desregulamentação”;
- iii. Dos efeitos que produz no sistema democrático – ao nível da “percepção” dos cidadãos em termos de direitos e obrigações do regime político.

Do que ficou exposto até ao momento é fácil concluir que, relativamente à NGP, apesar da forte produção científica desenvolvida nas últimas décadas, não foi ainda possível reunir consenso entre os académicos no que concerne às questões essenciais que lhe subjazem.

É nesta nova dinâmica contextual, que se devem agora, recentrar as preocupações reflectidas nas análises dos diferentes estudiosos relativas à problemática da contratualização na Administração Pública, em geral, e no sector da saúde em particular, bem como o apelo dos governos expressas em sede das diversas organizações internacionais.

1.2. A NGP nas Reformas dos Sistemas de Saúde. O modelo de agência como instrumento de reforma da Administração Pública

Se atentarmos ao enquadramento ideológico e contextual que presidiu à emergência da NGP, aos seus objectivos, explícitos e implícitos, e às medidas concretas que preconiza, como as que explanámos anteriormente, verificamos que o sector da saúde se constitui como um terreno fértil para a implementação de reestruturações sob a sua égide. Observa-se, na realidade, a confluência de um conjunto de factores críticos que, na situação actual vivida pelos sistemas de saúde, facilitam a aceitação da retórica e das políticas da NGP. De entre estes factores, cingimo-nos aos que se relacionam com as questões de ordem financeira e social, por nos parecerem aqueles que mais são mobilizados pela NGP para legitimar as suas diversas propostas de solução para os problemas e as “turbulências” que emergem nos sistemas e nas instituições de saúde.

Entre os factores que pressionaram o desencadear das reformas conta-se o aumento tendencial da despesa com a saúde (gerador de fortes pressões orçamentais no financiamento público ao nível macro), a par com a constatação de ineficiências técnicas e económicas na afectação dos recursos no sector da saúde, quer do ponto de vista agregado, quer ao nível micro institucional (Birdsall e James, 1992; World Bank, 1993; Mills, 1995; Bennett, Russell e Mills, 1996, apud Mills e Broomberg, 1998).

Ainda do lado da “oferta” de cuidados, há que considerar a pressão causada pela inovação tecnológica e médica, indutora do aumento dos custos, que, aliada à crescente expectativa dos cidadãos com a rigidez do funcionamento do sistema de saúde, e a mudança de características sócio-demográficas e de morbilidade da população, constituíram factores impulsionadores das reformas dos sistemas de diversos países, quer desenvolvidos quer em vias de desenvolvimento (Robinson e Le Grand, 1995).

A emergência deste quadro contextual facilita, assim, a intromissão da NGP nos processos de mudança no sector da saúde e as tentativas de legitimação das suas propostas, enquanto instrumentos meramente técnicos, racionais e neutros, colocados ao serviço da eficiência e da eficácia e, logo, do bem-estar social. O objectivo/desafio é, então, o de manter a satisfação das necessidades sociais (através de prestações públicas e privadas) respondendo a necessidades diversificadas (a estratificação da classe média) e maiores exigências de qualidade, num contexto de limitação de financiamento público.

A influência da NGP nas reformas da saúde tem sido vasta, reflectindo-se em aspectos, como o desenvolvimento de mercados internos, o aumento da competição ao nível das entidades prestadoras de cuidados, a clara separação entre as instituições financiadoras e as entidades prestadoras⁶ (Robinson et al., 2005), a promoção da descentralização e contratualização, a tentativa de incorporar mecanismos de empowerment⁷ dos utentes face ao sistema e diversas inovações e experiências ao nível organizacional (Harding e Preker, 2000).

De salientar que a orientação para o cliente, ou consumidor, constitui, como vimos, um dos valores justificativos mais utilizados pela linguagem da NGP, que veio substituir outros valores ligados, por exemplo, à noção de utente. Esta substituição não se expressa apenas uma mudança de linguagem, mas antes uma alteração mais radical na percepção do papel do cliente/consumidor na organização. Pertinente é também perceber que a utilização do conceito de consumidor não se resume à relação estabelecida entre a organização e as entidades externas, sendo que o conceito é igualmente aplicado no contexto interno, passando os profissionais a serem perspectivados como clientes, uns em relação aos outros (du Gay e Salaman, 1996; Exworthy e Halford, 1999).

Em traços gerais, as reformas desencadeadas procuraram, por um lado, introduzir mecanismos de mercado, quer ao nível organizacional, quer ao nível da prestação (Hurst, 1991; Saltman e von Otter, 1995; Mills, 1995; Saltman, 1995; McPake e Ngalande Banda, 1994; World Bank, 1993; OECD, 1992; apud Mills e Broomberg, 1998) e criar sistemas de incentivos, desenvolvendo-se mecanismos de financiamento relacionados com a produção e desempenho, a contratualização de serviços, a autonomia organizacional dos prestadores, as competências de gestão e novas formas de regulação destes sistemas mais descentralizados (Saltman e Figueras, 1997). Por outro lado, na vertente da procura, tentaram-se desenvolver mecanismos de partilha de custos (racionalizando o financiamento) ou mesmo de estabelecimento de prioridades (ou até racionamento) no acesso a cuidados, a par com um maior enfoque nas estratégias de prevenção de saúde e com a promoção dos cuidados primários enquanto “porta de entrada” no sistema.

⁶ A separação financiador-prestador e o incentivo a maior descentralização e autonomia organizacional no sistema de saúde ganham relevância sobretudo em países, como Portugal, com sistemas do tipo *beveridiano*, ou seja, em que o financiamento da saúde assenta basicamente nos impostos e a prestação de cuidados é tipicamente assegurada por instituições pertencentes ao sector público e geridas de acordo com as suas regras (integração financiador-prestador).

⁷ O termo *empowerment* é muitas vezes traduzido pelo termo “empoderamento” ou “apoderamento”. No entanto, a inexistência do termo “empoderamento” na língua portuguesa e a diversidade de sentidos do termo “apoderamento”, ilustram a dificuldade de realizar a tradução fidedigna de *empowerment* para o nosso idioma. Assim, e na ausência de designações normalizadas, optou-se por manter a terminologia original, sendo que o termo *empowerment* tende a significar o reforço da capacitação/poder de intervenção das comunidades, como direito e dever, associado à auto-responsabilização dos cidadãos pelas suas acções e opções, no sentido de obterem mais saúde.

De acordo com o OPSS (2006) uma das mudanças mais significativas ocorrida nos sistemas de saúde tem sido a evolução para novos modelos de organização e de relação interinstitucional, tendendo para sistemas públicos de contrato, de forma a permitir que os objectivos definidos sejam atingidos sem sacrificar alguns dos seus princípios fundamentais, nomeadamente, o financiamento público, a universalidade no acesso e a equidade na distribuição dos seus resultados.

Mills e Broomberg (1998) referem, como resultados deste processo, melhorias de eficiência decorrentes de uma gestão descentralizada, da promoção da competição gerida entre prestadores e da substituição de estruturas de gestão hierárquica directa por relações contratuais entre compradores e prestadores, que promovem uma transparência acrescida nos preços, nas quantidades e na qualidade.

Também o relatório anual sobre sistemas de saúde de WHO (World Health Organisation) de 2000 evidencia a aquisição estratégica de serviços de saúde como uma opção crucial para melhorar a performance dos serviços de saúde, na medida em que possibilita a passagem de uma compra passiva para formas estratégicas e pró-activas, que têm em conta quais os serviços de saúde a comprar, as formas de financiamento a ser utilizadas e quem devem ser os prestadores.

A revisão realizada, em 2005, pelo EOHSP (European Observatory on Health Systems and Policies) sobre a relação entre prestadores e compradores confirma a existência de algum sincronismo e de uma direcção partilhada no desenvolvimento de políticas reformistas nos sistemas de saúde em toda a Europa.

Assim, a experiência europeia actual sugere que a contratualização, sendo, em muitos países, uma prática razoavelmente recente, está a tornar-se numa forma cada vez mais usual de enquadrar as relações entre prestador e comprador.

Todavia, importa desde já salientar, que nem todos os autores partilham desta perspectiva de convergência das medidas adoptadas no âmbito das reformas introduzidas no sector da saúde dos diferentes países. A introdução da contratualização como instrumento de gestão consitui um dos pontos de discordância sob a argumentação de que a diferenciação e heterogeneidade inerentes à

complexidade dos serviços envolvidos e os efeitos da competição num chamado quasi-mercado⁸ ou quase-mercado, tornam improvável a determinação de um único padrão consistente no modo de contratualização, já que o seu processo é apenas uma parte de um conjunto muito mais amplo de relações. Assim, alertam que a contratualização tem de ser analisada no contexto em que se insere, e tem que ser compreendida, não como um conjunto de documentos formais, para trocas económicas entre um decisor e um agente, mas como acordos construídos socialmente, negociados e discutidos, introduzidos num ambiente de elevada complexidade e constante mudança organizacional (Pollit, 2000).

A este propósito, refira-se ainda o estudo desenvolvido por Jann e Reichard (2002) que reforça a ideia de convergência na implementação de alguns dos conhecidos conceitos e instrumentos da NGP na modernização inter e intra-organizacional dos ministérios e outras instituições governamentais dos países que constituíram a amostra deste projecto internacional de análise comparada - o que segue, de certa forma, a lógica da descentralização da contratualização, centrada no desempenho e na monitorização de resultados. Mas a conclusão mais interessante, segundo os autores deste estudo, é que tais elementos, pelo menos na esfera do governo central,

“Parecem ter sido implementados com mais sucesso na relação entre os ministérios e as instituições a eles subordinadas - estabelecendo uma nova lógica de actuação no governo central, que tenta deixar para trás o clássico controlo político/burocrático e a função de supervisão e avançar em direcção a novas formas de agencificação e contratualização” (Jann e Reichard, 2002: 36).

Verificou-se, ainda, segundo estes autores, uma crescente devolução das tarefas dos ministérios e departamentos centrais para agências e organizações, públicas, privadas ou híbridas, todas elas mais ou menos independentes. Em praticamente todos os países tal exigiu alguma forma de descentralização vertical rumo aos governos locais e regionais, ou outros tipos de descentralização política e administrativa.

⁸ Neste modelo denominado de quasi-mercado, os conceitos chave são a competitividade, a eficiência, a escolha do consumidor e o valor do dinheiro, bem como outros princípios que estão intrinsecamente ligados à definição do Estado Providência e dos serviços nacionais de saúde, como a garantia de acesso, equidade, necessidades em saúde e universalidade (Taylor-Gooby, 1991). Este modelo pressupõe ainda a existência de regras claras, rigorosas e responsabilizantes de contratualização entre as partes envolvidas (administração - nacional, regional ou local - instituições, comunidade, etc.), assentes na identificação das necessidades em saúde das populações alvo e nos recursos a atribuir para a realização dos cuidados de saúde que lhes dêem satisfação.

Um dos instrumentos comuns introduzidos na maioria das experiências de reforma dos sistemas de saúde passou pela constituição de agências – organizações semi-autónomas responsáveis pela execução das políticas públicas.

Quando se trata da relação de um grupo ou sociedade com os serviços de saúde, essa transferência de responsabilidades requer, para ser efectiva, a intervenção de uma terceira entidade que crie as interdependências necessárias à sua concretização. É essa problemática que constitui a característica central da relação agência em que os prestadores, ou uma terceira entidade, desempenham o papel de agente em nome e no interesse dos utilizadores ou da sociedade.

Para Cabral (2005), as agências surgem, desde logo, como manifestação da necessidade de ter estruturas “diferentes” a lidar com as inovações e turbulências da administração pública, tentando responder à exigência de rigor e controlo das despesas públicas e simultaneamente à oferta de bens e serviços públicos com melhor qualidade, assente no princípio da separação institucional entre entidades financiadoras e prestadoras de cuidados de saúde⁹.

As agências podem surgir em diferentes níveis de função do Estado, nomeadamente:

- i. Estratégia/regulação: podem agir como parte integrante de um Ministério (substituindo, por vezes, departamentos técnicos), ou constituir estruturas paralelas da hierarquia da AP e/ou do Executivo Governamental. Podem corresponder a uma reorganização de capacidades de assessoria técnica (tecno-estrutura), para responder a desafios (novos, ou que se tornaram estratégicos). Como afirma Cabral (2005), as organizações reguladoras marcam, habitualmente, a transição da fase de propriedade, comando e controle para a de abertura à participação de outros actores, e a regulação inclui tanto aspectos puramente técnicos (critérios de adequação de características de instalações e equipamentos, por exemplo), como os de regulação entre os actores (estabelecimento de regras para impedir monopólios, por exemplo), ou o respeito por objectivos sociais (como no caso da Saúde, a equidade e o acesso) (Cabral: 2005: 172).

⁹ A separação financiador-prestador e o incentivo a maior descentralização e autonomia organizacional no sistema de saúde ganham relevância sobretudo em países, como Portugal, com sistemas do tipo beveridgeano, ou seja, em que o financiamento da saúde assenta basicamente nos impostos e a prestação de cuidados é tipicamente assegurada por instituições pertencentes ao sector público e geridas de acordo com as suas regras (integração financiador-prestador).

- ii. Contratação: em paralelo à linha hierárquica tradicional e executando as novas funções do Estado (a separação entre financiamento e prestação, ou a relação entre os Estado comprador/financiador e diversos fornecedores);
- iii. Execução: prestação de bens e/ou serviços em áreas de exclusividade, ou não, do Estado. Podem tomar a forma das já tradicionais instituições autónomas.

Conforme o tipo de função que lhes é atribuída, as agências podem ter localizações variáveis. Assim, as agências com funções estratégicas/reguladoras estão normalmente ligadas ao “vértice estratégico” (nível central), enquanto as agências com funções de contratualização/execução podem estar inseridas no nível mais conveniente para cada Administração.

Em geral, assiste-se à fragmentação e autonomização das estruturas do Estado, com a consequente alteração substancial ao nível do tipo de relacionamento e da separação das tarefas. Segundo Gray e Jenkins (1995), as tarefas mais operacionais tendem a ser entregues às agências, reservando-se o governo a tarefas de planeamento, direcção política e fiscalização. Aquilo que acontece é uma separação organizacional entre quem faz as escolhas, entre quem define as políticas públicas e quem as implementa e as produz efectivamente aos cidadãos.

A ideia não é reduzir o tamanho do Estado, é adequá-lo às conjecturas e aos desafios actuais. Claro que esta aposta pode efectivamente traduzir-se num downsizing, mas é uma consequência e não um meio (Kettl, 2000; Osborne e Gaebler, 1992).

O problema coloca-se quando é necessário modificar os objectivos ou quando há alterações no ambiente externo, nomeadamente pela introdução de novas tecnologias ou pelo surgimento de novos segmentos de mercado, que podem provocar uma necessidade de alteração estratégica, exigindo algum ajustamento de outros elementos organizacionais, tais como o processo de gestão e as estruturas organizacionais (Miles e Snow, 1984). Espera-se que a fragmentação e a autonomização dotem as organizações de mais agilidade, flexibilidade e maior capacidade de integração com o seu ambiente, em suma que se tornem mais eficientes. Pretende-se associar a este processo a adopção, por parte das agências, de práticas de gestão privada na gestão de recursos humanos, na contratação para a aquisição de bens e serviços e nos mecanismos de financiamento. Uma maior liberdade de acção, aliada ao facto de uma redução na diversidade dos objectivos organizacionais, permite ao gestor um maior controlo dos pontos de ineficiência da sua organização (Pollit, 1990; Osborne e Gaebler, 1992). É também através desta autonomização que

se poderá conseguir uma maior capacidade de controlo sobre o desempenho do gestor e da unidade organizacional.

Todavia, Cabral (2005) não deixa de sublinhar que a implementação das agências (habitualmente em simultâneo com outras medidas de inovação organizativa) pode contribuir para o crescimento da “turbulência” dentro da AP, sendo que esta turbulência resulta, desde logo, da “redistribuição de poder” entre os profissionais e gestores da AP (tradicionais e novos), principalmente nos níveis centrais da AP:

- Os novos técnicos (outras formações académicas) ocupam-se das novas funções (por exemplo, as relacionadas com os contratos): recebem mais visibilidade, utilizam melhores equipamentos, socializam-se em outros grupos. Podem ser mais solicitados, como assessores, que os técnicos tradicionais.
- A fase “glamorosa” dos novos assessores pode associar-se a outras inovações igualmente mal recebidas (pelos técnicos tradicionais dos níveis centrais da AP): maior autonomia das instituições prestadoras, designados políticos vindos “de fora”, demasiados “contactos” com empresas privadas de consultoria, etc¹⁰ (Cabral, 2005:171).

Esta divisão, fragmentação e autonomização da AP, como de resto já referenciamos, alterou o relacionamento organizacional. A tradicional relação hierárquica/burocrática é substituída, gradualmente, por uma relação de principal/agente.

O problema clássico provocado pela separação entre a propriedade e a gestão é tratado na literatura económica através da teoria da agência ou teoria do Agente-Principal, nomeadamente por Eisenhardt (1988 e 1989) e Grossman et al. (1983), que teremos oportunidade de explanar no próximo capítulo.

Na verdade, algumas das mudanças organizacionais no sector da saúde, podem ser explicadas através de conceitos de enquadramento derivados desta teoria, os mais significativos dos quais são os incentivos criados pelos contratos, os problemas de informação e risco e, mais genericamente, as relações entre comprador/prestador e financiador/prestador.

¹⁰ Como veremos, no caso das Agências, as aplicações informáticas que usaram foram desenhadas por uma empresa privada prestigiada, e a “base de dados” de suporte permitiu o primeiro Sistema de Informação realmente integrado (regional e nacional), e com acesso (de cada Região) à base de dados nacional.

Capítulo II. A contratualização numa “nova” administração pública da saúde

2.1 A contratualização: a polissemia de um conceito

No âmbito deste trabalho, entende-se que os termos são, antes de mais, unidades lexicais que assumem significados específicos, quando usadas em discurso especializado, que lhes permitem denominar conceitos científicos e técnicos. Mais se entende que, para que uma unidade denomine um determinado conceito, ela deve ser portadora de um tipo de significado estrutural e/ou referencial que lhe permita essa capacidade denominativa.

No tocante à contratualização, a base ideológica que sustenta o desenvolvimento político da contratualização na saúde passa, também, pelo peso crescente de um conjunto de teorias económicas, integradas no novo institucionalismo económico, nomeadamente, a teoria dos custos de transacção e a teoria do agente principal ou teoria da agência.

A teoria dos custos de transacção foi desenvolvida, ainda que não exclusivamente, por Williamson (1975; 1981; 1985), a partir dos trabalhos pioneiros de Coase (1937), e assenta no pressuposto de que a procura de maior eficiência se reflectirá nos padrões de conduta dos agentes e na forma como as actividades económicas são organizadas e coordenadas.

De acordo com a teoria da agência,

“Uma relação de agência ocorre quando o principal delega alguns direitos – por exemplo, direitos sobre a utilização de recursos – a um agente que está obrigado através de um contrato (formal ou informal) a representar os interesses do principal em troca de uma remuneração de qualquer espécie” (Eggertsson, 1995:40-41).

A relação de principal/agente pressupõe, então, que o agente desenvolva determinadas tarefas, a mando do principal e em benefício deste (Dollery, 2001:196). O principal deseja algo, ou pretende atingir um certo nível de bem-estar, que, por si só, com os seus conhecimentos e habilidades, não é capaz de atingir (Mishara, Heide e Cort, 1998). Vê-se, assim, forçado a recorrer a um agente (que supõe ser o que tem mais capacidade e conhecimento) para elevar o seu bem-estar. Logo a utilidade do principal está dependente da actuação, do desempenho e das decisões

tomadas pelo agente. O principal pode ganhar em eficiência e em bem estar o que possivelmente perderá em autonomia e poder.

Dada a importância assumida por estas teorias na compreensão das actuais reformas encetadas na AP, procuramos explorar, com algum detalhe, os seus principais pressupostos teóricos, assim como os seus aspectos críticos, identificados, com particular destaque para o seu âmbito de aplicação ao sector público.

Assim, inicialmente desenvolvida para ao sector privado, com a finalidade de explicar a divergência existente entre os objectivos dos gestores (agentes) e dos accionistas (principais), a teoria económica do agente principal apela para a necessidade de aumentar os níveis e as formas de responsabilização dos primeiros, sendo que este problema tende a adquirir uma maior dimensão no sector público, dada a dificuldade em determinar quem são os accionistas (principais).

A ideia básica da teoria do agente principal (Eisenhardt, K., 1988; 1989; Grossman et al., 1983), quando aplicada ao sector público, é a de que a delegação de funções a agentes institucionais autónomos, privados ou públicos, faz com que as regras de mercado sejam mais respeitadas do que o seriam numa burocracia clássica¹¹. Desta forma, a teoria permite sustentar a ideia da contratualização no sector público como única forma de aumentar a responsabilização dos agentes perante os accionistas (Vickers e Yarrow, 1988).

Segundo James (1999:9) há três elementos caracterizadores do modelo de agência que são importantes na estrutura das organizações públicas:

- A separação de grandes organizações em unidades semi-autónomas;
- A responsabilização pessoal do gestor público pelo desempenho da organização, devendo este ser o “melhor” candidato independentemente da sua proveniência (sector público ou privado);
- A monitorização dos resultados e das metas da agência de forma a proteger os interesses dos beneficiários da organização (contribuintes, utilizadores do serviço, políticos).

¹¹ Todavia, Escoval (2003:41) alerta para o facto de poderem não ocorrer ganhos de eficiência, podendo mesmo verificar-se uma quebra na qualidade dos serviços prestados, sobretudo quando o processo de regulação não está organizado da forma mais adequada. Os factores culturais que tornam a burocracia ineficiente podem gerar uma regulação deficiente ou até inexistente quando se dá a separação entre agente e principal no âmbito dos serviços públicos.

As agências passam a dispor de um conhecimento especializado sobre as matérias que estão a implementar, aumentando as possibilidades de se desenvolver uma gestão com base na evidência e reduzindo a possibilidade de se tomarem decisões baseadas no livre arbítrio. Contudo, estes dispositivos obrigam à criação de redes de cooperação e articulação fortes, que impeçam a existência de hiatos entre a elaboração da política e a sua execução.

Horn, (1996:19), tal como Ferris e Graddy (1997:32), tentaram sistematizar os problemas que tradicionalmente emergem numa relação entre o principal e o agente, no sector público, salientando os seguintes:

- Reportam-se ao facto dos interesses normalmente não serem coincidentes entre as partes, gerando comportamentos oportunistas após a celebração do acordo.
- A capacidade do principal, monitorizar a actividade do agente, ou pelo menos de fazê-lo sem custos, é exígua. Apesar de todos os preparativos e regulamentos estabelecidos, dificilmente se conseguem eliminar os problemas de agência, independentemente dos custos assumidos.
- Finalmente o custo com a aquisição da informação e das habilidades do agente. A questão é saber se será mais rentável ao principal confiar num agente ou despendar tempo, energia e dinheiro para se dotar dessas mesmas capacidades.

Em suma, há três tipos de problemas advenientes da relação agente-principal presentes na literatura: o primeiro surge quando a acção, propriamente dita, do agente não é conhecida, sendo designado por *moral-hazard* ou risco moral; o segundo emerge quando, embora podendo conhecer-se a acção do agente, não se tem como avaliar se foi a mais apropriada do ponto de vista dos interesses do principal, porque aquele dispõe de determinada informação que este desconhece (*hidden information* ou informação oculta). Finalmente uma última situação, de maior aplicação prática, seria uma combinação dos dois primeiros.

Aliada à teoria do agente principal, a teoria dos custos de transacção constitui outra das abordagens que mais influenciaram o estudo das estruturas que gerem as relações organizacionais, em particular a coordenação das actividades, no caso concreto, a contratualização.

Quando aplicada ao sector público, esta teoria, ao debruçar-se sobre a análise dos custos associados à monitorização e controlo de uma determinada actividade, que visam assegurar o

cumprimento integral dos objectivos pré estabelecidos, postula a possibilidade de existência de transacções menos onerosas quando adquiridas no exterior, na medida em que permite a redução de custos administrativos e o aumento da competição (Williamson, 1986).

Nesta linha, England (2000) sugere a possibilidade de explicarmos a contratualização a partir da teoria dos custos de transacção de Williamson (1979) como uma forma de garantir a minimização destes custos e a máxima transparência (accountability¹²) nas relações entre os actores do sistema de saúde. Neste caso, a contratualização surge como um instrumento de melhoria do funcionamento das instituições do sistema, minimizando o risco de oportunismo (risco moral) dos agentes e as dificuldades inerentes à sua racionalidade limitada (bounded rationality) e minorando a incerteza inerente às transacções.

Realidade complexa, dotada de um carácter multifacetado e polissémico, nem sempre de fácil definição, o termo contratualização tem sido objecto de apropriação com sentido e alcance diferenciados.

Assim, para Oliveira e Schwanka (2000: 137) a contratualização retrata a “substituição das relações administrativas, baseadas na unilateralidade, na imposição e na subordinação, por relações fundadas no diálogo, na negociação e na troca.”

No mesmo sentido, Chevallier (1999: 403) explicita que “de um modo geral, a contratualização implica a substituição das relações baseadas na imposição e na autoridade por relações fundadas no diálogo e na busca do consenso.” Por isso, para o autor, a contratualização,

“Supõe a aceitação (ao menos tendencialmente) do pluralismo administrativo, do facto que existe no aparelho administrativo actores, individuais e colectivos, dotados de uma capacidade de acção e de decisão autónoma (...), dos quais é necessário obter a cooperação e a adesão” (Chevallier, 1999: 403).

Subentende-se, assim, que a contratualização deva abolir a hierarquia, como modelo de coordenação e controlo típicos do sector público, e estabelecer um relacionamento mais livre,

¹² De referir que o conceito de accountability é objecto de fortes discussões teóricas (Mulgan, 2000), querendo, de forma mais geral, significar a “responsabilização”, “responsabilidade”, “transparência” e a “prestação de contas”.

através da delegação do centro para uma subsidiária ou uma organização autónoma do sector público ou do sector privado, através de um contrato (Santos, 2000).

Neste sentido, o processo de contratualização traduz, essencialmente, a passagem de uma sociedade de comando para uma sociedade de negociação, em que as relações contratuais substituem as tradicionais relações hierárquicas (Hood, 1991; 1995). A mudança é promovida no sentido de facilitar a desconstrução de hierarquias burocráticas, dominante nas instituições públicas, integrando-as em redes dispersas de financiadores e prestadores (Ferlie et al., 1996; Reed, 2002), o que acarreta consequências imediatas para o papel do Estado que deixa de ser definido por referência à sua onnipresença na prestação de serviços (Osborne e McLaughlin, 2002). As funções que o Estado deixa de desempenhar podem passar a sê-lo por um conjunto diverso e fragmentado de organizações, com fins lucrativos ou voluntárias, no interior de um mercado gerível, no qual os contratos têm um papel fundamental (Deakin e Walsh, 1996).

Importa sublinhar, que, na decorrência desta redefinição de papéis e modelos de actuação, a contratualização permite imputar o desempenho de uma função ou actividade a uma unidade de gestão distinta – individual ou colectiva – que é tida como responsável pelo desempenho eficiente dessa mesma função ou da condução de uma dada actividade (du Gay, 1996; du Gay e Salaman, 1996).

Num contexto em que se assiste à retirada do Estado do envolvimento directo na prestação de cuidados, na sua gestão e no seu planeamento micro, mas, simultaneamente, a um reforço do seu papel ao nível da regulação global do sistema, monitorizando (e corrigindo) o desempenho das várias instituições, no sentido de garantir que este atinge o definido como socialmente desejável, torna-se premente ir mais longe na análise deste paradoxo, saber compreender a estrutura da generalidade dos processos negociais, proceder à caracterização dos tipos de estratégias e tácticas negociais, examinar o enquadramento dos processos cognitivos na negociação, os estilos comunicacionais, a influência das características pessoais na negociação e os erros perceptivos e enviesamentos cognitivos em que os negociadores podem incorrer. Tal só seria possível num registo paradigmático da racionalidade limitada dos humanos, dos contextos de negociação e das principais intervenções que terceiras partes podem exercer em processos

negociais, com destaque para a mediação e a arbitragem, procurando situá-las na esfera da actividade gestora (Oliveira e Schwanka, 2000: 133).

A contratualização na AP pode, então, ser encarada como a expressão das mudanças na forma de regulação do Estado “impostas” pela NGP.

Neste sentido, Drumaux (1994), associando a contratualização ao conceito de regulação em saúde, defende que “é, claramente, a falência dos tradicionais métodos de regulação, quer seja de entidades públicas ou privadas, que está subjacente ao desenvolvimento da contratualização.”

O desenvolvimento de medidas que traduzem a passagem de um modelo de planeamento e controlo racional, baseado em princípios como a centralização da tomada de decisão e o pressuposto do exercício de um forte controlo, tanto sobre as escolhas como sobre a sua implementação, para um modelo de auto-regulação, mais próximo dos mecanismos de regulação pelo mercado e assente nas capacidades de auto regulação das unidades descentralizadas (van Vught, 1997), traduz, afinal, a materialização de um novo paradigma, que não é apenas de gestão, mas também um processo político, onde a contratualização se assume como um novo instrumento de governação.

Neste caso, o sistema abre espaços para a regulação pelo mercado e transforma-se num agregado de unidades autónomas e auto-geridas, embora submetidas às prioridades governamentais. Como afirma Peter Maassen, o papel do Estado no modelo de auto-regulação é semelhante ao do árbitro: “É um actor que vê as regras do jogo jogadas por jogadores relativamente autónomos e que muda estas regras quando o jogo não se mostra capaz de conduzir a resultados esperados” (Maassen, 1996: 65).

Sublinhe-se que esta transição de um modelo para o outro não traduz um afastamento do Estado, nem tão pouco uma total negligência do seu controlo. Embora com base em instrumentos distintos, o Estado continua a desempenhar um papel crítico e importante no sistema, procurando influenciá-lo e condicioná-lo. É esta tentativa que faz com que Neave (1988) e Henkel (1991) se refiram ao “Estado avaliador” e Deakin e Walsh (1996) ao “Estado facilitador”, que procura substituir uma pesada moldura legal por sistemas teoricamente mais ágeis de responsabilização.

Ora, como sublinha Oliveira e Schwanka (2000), as posturas agora assumidas pelo Estado mediador são distintas das posições tradicionalmente ostentadas pelo Estado impositor, cuja nota característica é visível, justamente, no poder de impor obrigações, exercido em razão do atributo da autoridade, imanente ao poder político ou estatal.

Neste mesmo sentido, Ferreira (2004 b)) salienta que o papel do Estado assume contornos diferentes mas não “menores” e, definitivamente, mais exigentes, complexos e sofisticados, dadas as alterações sistêmicas inerentes às características da reforma.

Todavia, a incapacidade do Estado em assumir em definitivo uma ou outra posição (controlo ou auto-regulação), não resistindo a intervir sempre que a realidade não corresponde às suas expectativas, ou o enquadramento institucional não produz os resultados esperados, sustenta a designação, mais recente, de “Estado interferente”, adoptada por Kraak (2001).

Neste enquadramento, a contratualização, mais do que um processo de afectação de recursos, baseado em indicadores e medidas de desempenho, pode ser encarada, essencialmente, como um modelo de gestão capaz conduzir à reformulação das relações dentro da hierarquia do sector público, onde o Estado, passa a ser o núcleo de uma constelação de organizações responsáveis pelo fornecimento de serviços públicos, que se relacionam numa base contratual (Santos, 2000). Quando implementada em ambientes competitivos, pode ainda ser perspectivada como um instrumento que permite a escolha dos prestadores (England, 2000).

Aplicada ao campo da administração pública, essa orientação gerou expressões como administrar por contrato, administrar por acordos, administração paritária e administração dialógica, e, mais recentemente, administração consensual. A concertação administrativa e a contratualização administrativa podem ser arroladas como formas de expressão da administração consensual.

Para Santos (2000), o sentido das expressões elencadas sinaliza um novo caminho, no qual a administração pública passa a valorizar (e por vezes privilegiar) uma forma de gestão cujas referências são o acordo, a negociação, a coordenação, a cooperação, a colaboração, a mediação, a conciliação e a transacção. Isso em sectores e actividades preferencial ou exclusivamente reservados ao tradicional modo de administrar: a administração por via impositiva ou autoritária.

Neste processo, a relação contratual constitui a pedra angular, capaz de diferenciar as organizações “burocráticas” (preocupadas com a excelência no cumprimento das normas) das “empresariais” (mais preocupadas com a resposta ao mercado) (Mintzberg, 1999).

Na opinião de Jesuíno (1992: 7), subjacente ao conceito de contratualização está a ideia da negociação enquanto “processo de tomada de decisão conjunta numa situação de conflito de interesses, num contexto de interacção estratégica ou de interdependência, implicando, por isso mesmo, um mínimo de dois participantes (indivíduos, grupos ou organizações), cujas decisões são mutuamente contingentes.” Com efeito, a negociação ocorre para resolver tão só conflitos de objectivos, e nela a ideia chave subjacente é o ratio de troca, dependendo do contexto e da confiança/relação que se estabelece entre os negociadores. Para o autor, o processo não é de todo reproduzível numa situação futura, caracterizando-se antes de mais pelo jogo das propostas e contrapropostas.

Escoval (2003), sistematiza todas estas perspectivas ao afirmar que, mais do que uma mera negociação, estamos perante uma nova forma de pensar, um novo padrão cultural, que exige um novo modelo gestor, mais voltado para a partilha e autonomia em detrimento do tradicional modelo de comando e controlo.

Em suma, a contratualização pode ser entendida como um processo de relacionamento entre financiadores e prestadores, assente numa filosofia contratual, envolvendo uma explicitação da ligação entre o financiamento atribuído e os resultados esperados, baseada na autonomia e responsabilidade das partes e sustentado num sistema de informação que permita um planeamento e uma avaliação eficazes. Neste sentido, apresenta-se como um processo de negociação de objectivos de desempenho, incluindo os económicos, com os prestadores, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre ambas as partes.

Neste sentido, partilhamos a perspectiva de England (2000) quando sustenta que o contrato deve ser encarado como um mero instrumento que visa facilitar as trocas voluntárias entre as partes, quer através da associação da atribuição de recursos financeiros à actividade, resultados e padrões de consumo, facilitando a sua avaliação e melhorando a eficiência e a equidade, quer promovendo a clarificação do papel e da responsabilidade de cada uma das partes, permitindo, assim a avaliação do desempenho e a responsabilização.

A dupla característica “maior autonomia” e “compromisso prévio” é indissociável da visão do contrato como um compromisso, que implica responsabilização, obrigação de prestar contas (accountability) e a introdução de mecanismos de transparência.

Assim entendido, Trosa (2001) refere que a contratualização não se trata de uma mera delegação, nem apenas uma tentativa de flexibilização (maior liberdade sem contrapartidas, como ocorreu na Austrália, na primeira onda de contratualização). Como refere este autor, não há “os que definem o que fazer” e “os que executam”: há actores diversos, cada um com as suas atribuições específicas.

Enquanto processo essencialmente relacional, a contratualização visa contribuir para o alinhamento dos objectivos estratégicos de todos os stakeholders do processo, descentralizando-os para diferentes níveis de responsabilidade. De acordo com Escoval (2003) tal pressupõe:

“Um enunciado claro desses mesmos objectivos, a definição de mecanismos de negociação, bem como a monitorização e o acompanhamento efectivo das metas acordadas para o cumprimento dos objectivos traçados, implicando naturalmente, a existência de um claro sistema de incentivos e penalizações, ou seja, dar consequências aos compromissos assumidos pelas partes.” (Escoval, 2003).

Quando aplicado ao sector da saúde, o processo de contratualização assume características específicas que urge explicitar e compreender.

2.2 Especificidades da contratualização no sector da saúde

Como vimos, a lógica de exposição a maior competição tende a suceder nas reformas do sector da saúde (Rico e Puig-Junoy, 2002), embora assumindo formas distintas. Como refere Ferreira (2004), se nas utilities¹³ a competição foi promovida através da privatização, da alteração da estrutura das indústrias (desintegração vertical e horizontal) e do alargamento dos mercados, na saúde, a incapacidade de criar um verdadeiro mercado, conduziu à emergência de mecanismos de

¹³As utilities são normalmente consideradas como indústrias especiais, afectando o interesse geral pelo seu impacto no desenvolvimento económico e social (Colton et al., 1997; Rico e Puig-Junoy, 2002, citados em Ferreira (2004: 4)). O mesmo se poderá dizer em relação ao sector da saúde, embora neste haja uma forte componente ética e redistributiva inerente à acção pública que não se verifica naquelas.

quase-mercado¹⁴ em que a competição procura efectivar-se, simultaneamente, através da separação (organizacional) entre financiador e prestador¹⁵ e subsequente implementação da gestão por contrato entre financiador público (normalmente sob a forma de agência financiadora regional ou algo semelhante) e os prestadores descentralizados (sejam entidades do tipo hospital empresarializado, centros ou “cooperativas” de cuidados primários, ou unidades integradas de saúde, quer públicas quer privadas).

Na verdade, as especificidades do “mercado” da saúde, nomeadamente a existência de fortíssimas assimetrias na informação a diversos níveis¹⁶ que dão origem a problemas como a selecção pelo risco (selecção adversa¹⁷) e o risco moral¹⁸ (sobreconsumo e comportamentos oportunistas, dada a sua difícil observação), geram uma multiplicidade de relações de agência, em que os objectivos do agente não coincidem, exactamente, com os do principal, e em que os problemas de monitorização e de concepção de sistemas de incentivos adequados se avolumam.

Atendendo a que, como sublinha Ferreira (2004), uma das características mais marcantes deste “mercado” da saúde é o seu baixo grau de contestabilidade, devido à tendência para existência de monopólios naturais (regionais e/ou locais) na oferta, a descontinuidade desta oferta ao longo da cadeia de “produção de saúde” e o forte poder dos profissionais, que interagem com um financiador público monopolista, dão origem a um “mercado” caracterizado pela multidimensionalidade do “produto” final e por dificuldades na mensurabilidade do produto (output) e dos resultados (outcomes).

¹⁴ Neste modelo denominado de quase-mercado, os conceitos chave são a competitividade, a eficiência, a escolha do consumidor e o valor do dinheiro, bem como outros princípios que estão intrinsecamente ligados à definição do Estado Providência e dos serviços nacionais de saúde, como a garantia de acesso, equidade, necessidades em saúde e universalidade (Taylor-Gooby, 1991). Este modelo pressupõe ainda a existência de regras claras, rigorosas e responsabilizantes de contratualização entre as partes envolvidas (administração - nacional, regional ou local – instituições, comunidade, etc.), assentes na identificação das necessidades em saúde das populações alvo e nos recursos a atribuir para a realização dos cuidados de saúde que lhes dêem satisfação.

¹⁵ Importante sobretudo em países, como Portugal, com sistemas do tipo *beveridgeano*, ou seja, em que o financiamento da saúde assenta nos impostos e a prestação de cuidados é tipicamente assegurada por instituições pertencentes ao sector público e geridas de acordo com as suas regras (integração financiador-prestador). Com similaridades, também aqui, com aspectos institucionais das *utilities* antes dos movimentos de reforma dos anos 80: eram empresas públicas, comandadas pelo governo e subsidiadas, numa proporção relevante, por fundos provenientes de impostos pagos pelos cidadãos. (Ferreira, 2004: 4).

¹⁶ Nomeadamente, na relação prestador-doente (que pode favorecer a indução da procura pela oferta), na relação prestador-gestor e entre gestores (das instituições prestadoras) e políticos (macrodecisores).

¹⁷ Como refere Matias (1995), “se os indivíduos se encontrarem protegidos dos riscos de saúde por um qualquer sistema (SNS ou Seguro), o seu comportamento pode tender a ser mais descuidado, o que levará a excessos de procura de cuidados de saúde que vêm onerar o funcionamento dos sistemas, podendo mesmo no caso do Seguro – como já vimos – conduzir a subidas nos prémios de seguro que levarão à saída dos melhores riscos da carteira, aumentando com isso o risco médio da mesma, estando assim desencadeado um processo de selecção adversa (Matias, 1995:11).

¹⁸ Conforme diz Alan Williams (1989), citado por Matias (1995), embora a consciência do médico seja tratada como sujeita a um código de ética, poderemos ainda assim estar em presença de risco moral do lado da oferta, encontrando aquele as suas motivações na própria preocupação quanto à defesa dos proventos da classe médica. O médico poderá, assim, incorporar algumas das suas preferências na função de preferências que lhe foi delegada pelo doente, abrindo-se assim a possibilidade de o bem fornecido, i.e., o conjunto de cuidados de saúde a prestar, virem a ser função não apenas das preferências do doente mas também do médico. Esta situação pode levar à indução da procura por influência da função de preferências do próprio médico.

Nesta perspectiva, Saltman e Von Otter (1992) propõem para o sector da saúde um paradigma do mercado planeado, que mantendo sempre os elementos da separação entre financiador e prestador, permitirá uma afectação mais “competitiva” e descentralizada de recursos e a preservação da natureza pública do sistema (Cabiedes e Guillén, 2001 apud Ferreira, 2004b). Este paradigma pode apresentar várias variantes na sua implementação prática, sendo duas das mais debatidas as da competição pública e a de mercado misto. No caso da competição pública, gera-se um mercado em que intervêm apenas prestadores públicos. No mercado misto tanto prestadores públicos como privados competem por contratos, no âmbito dos processos de contratualização descentralizada. Por outro lado, o actor central da mudança, no primeiro caso, é o utente, a quem é conferida liberdade de escolha de prestador (individual ou institucional), estando o financiamento dependente da capacidade de as instituições “seduzirem” os utentes-clientes. No mercado misto o agente central é o gestor, responsável pelo desenvolvimento de mecanismos de concepção, negociação e monitorização dos contratos. Por fim, na competição pública há um enfoque na alteração dos incentivos ao nível das instituições prestadoras, ao passo que no mercado misto o nível da mudança no sistema é o nível administrativo da gestão, normalmente regional ou distrital.

Em síntese, como refere Ferreira (2004b), na competição pública mudam-se os incentivos de actores públicos já existentes no mercado e concede-se maior poder ao lado da procura (numa lógica de que, *money follows the patient*), ao passo que no mercado misto se desenvolve a contratualização, também com novos agentes privados e há um enfoque sobretudo na mudança de incentivos à (gestão da) oferta. Evidentemente, em última análise, os objectivos políticos a atingir são coincidentes em ambos os casos, passando pelo incremento da eficiência e produtividade, sem pôr em causa o carácter equitativo do sistema, baseado na afirmação do acesso universal a serviços de saúde com qualidade.

Na linha do que referem Domberger e Jensen (1997), trata-se de uma competição pelo mercado (de financiamento público), em vez de uma competição dentro de um mercado (verificada nas utilities que evoluíram para monopólios regionais e/ou oligopólios). Competição entendida não como um fim em si, mas como um meio para gerar maior bem-estar social (Helm e Jenkinson, 1997, citado por Ferreira, 2004).

Em suma, é possível inferir que a diferenciação e heterogeneidade, inerentes à complexidade dos serviços de saúde e aos efeitos da competição num chamado quase-mercado, tornam improvável a existência de um único padrão consistente no modo de contratualização, já que o seu processo é apenas uma parte de um conjunto muito mais amplo de relações. Teremos oportunidade de explicar este assunto, com maior detalhe, no ponto seguinte do presente trabalho.

Não obstante é possível, desde já, antecipar e identificar alguns aspectos transversais aos diferentes padrões de contratualização adoptados no sector da saúde, recorrendo a diferentes contributos, nomeadamente de WHO (2000), England (2000), Figueras et al. (2005), Mills (1997), Robinson e Le Grand (1995) e Saltman (2000). No conjunto destes contributos é possível destacar a seguinte argumentação, de natureza normativa:

- O processo de contratualização deve ser concebido atempadamente, a par e passo com a separação financiador-prestador e a concessão de maior autonomia organizacional e de gestão aos prestadores;
- O processo de contratualização para ser bem sucedido requer um enquadramento que facilite uma gestão relacional continuada, dialógica e negocial (OCDE, 1999);
- A contratualização é contingencial, dependendo das características dos sistemas de saúde concretos, devendo desenvolver-se de modo multidisciplinar, flexível e integrado;
- A contratualização é uma luta contra o acaso: o estabelecimento de resultados desejados é necessário e seu alcance pode ser, em alguma extensão, programado, induzido e controlado;
- A contratualização é extremamente exigente em termos de qualificação técnica e motivação dos recursos humanos, exigindo a reconversão das burocracias tradicionais da administração de saúde;
- O processo de contratualização - com a negociação, implementação e monitorização de regras e contratos - gera elevados custos de transacção no sistema de saúde que diminuem os ganhos de eficiência introduzidos pelas reformas e que há que minorar;

- A prática da contratualização implica inteligência e sofisticação na concepção dos sistemas de incentivos “ideais”, cuja implementação deve ser rigorosa, particularmente nas fases iniciais, contribuindo para uma cultura de cumprimento;
- A racionalidade é limitada, mas pode ser maximizada até um ponto satisfatório. Daqui decorre a necessidade de criação de estruturas (um conjunto de regras e incentivos) que enquadre os actores e modele os seus comportamentos, na direcção dos resultados visados, impedindo que os actores busquem maximizar seus interesses próprios (Ostrom, 1999 citado por Escoval, 2003).

Segundo Domberger e Hall (1996: 130), em geral, a implementação de uma relação contratual na Administração Pública envolve quatro etapas distintas e seguintes:

- i. Especificação do produto/serviço a ser oferecido (request for tenders) em termos de quantidade e variedade, bem como relativamente aos standards exigíveis em termos de qualidade, calendários, satisfação do cliente;
- ii. Procura activa de propostas alternativas para fornecimento do bem/serviço;
- iii. Avaliação e selecção do contratante;
- iv. Gestão e controlo do contrato, ao longo da sua duração (incluindo, no caso da Administração Pública, vários loci de responsabilização ao cidadão e instituições políticas): controlar standards, gerir pagamentos, etc.

Segundo Savas et al. (1998) a racionalidade da separação entre aquisição e prestação de serviços de saúde, subjacente a um processo de contratualização, é descrito em cinco pontos essenciais:

- i. Os serviços devem ser melhorados ligando planos e prioridades à alocação de recursos;
- ii. As necessidades em saúde e expectativas dos cidadãos devem ser tidas em conta;
- iii. Os incentivos financeiros e os instrumentos de monitorização podem melhorar a performance dos prestadores;
- iv. A separação de funções pode diminuir a rigidez administrativa;

- v. A separação de funções pode ser usada para introduzir contestabilidade entre prestadores públicos e usar mecanismos de mercado que melhorem a eficiência.

Os principais objectivos da contratualização de serviços de saúde podem ser sumariados na contribuição para uma melhor resposta às necessidades e expectativas de saúde das populações, assim como tornar a prestação de cuidados mais eficaz e eficiente, assegurando a responsabilização da gestão, como forma de controlo da despesa pública. A avaliação das necessidades de cuidados de saúde, baseada na informação fornecida por modelos de avaliação das necessidades em saúde das populações, integrando as suas expectativas, constitui um elemento fulcral para reorientar a centralidade do cidadão no funcionamento e organização dos serviços.

Perante as mudanças sociais, políticas e culturais, o aparente esgotamento do paradigma biomédico e a mudança do perfil epidemiológico, emergiu, nas últimas décadas, a noção de Promoção da Saúde cujo pressuposto central reside no conceito/estratégia de *empowerment*. Este é entendido como,

“Um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder – psicológico, sócio-cultural, político e económico – que permite a estes sujeitos aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania.” (Pinto, 2001:247).

Na área da saúde, a importância desta participação reside, como sublinha Escoval (2003), na necessidade estratégica de medir o desempenho do sistema, constituindo um dos mais importantes elementos de feedback sobre a qualidade dos serviços e a referência ideal para sustentar um sistema de diagnóstico de necessidades.

À pergunta: como realizar o *empowerment* dos cidadãos, a resposta, segundo Escoval (2003), pode ser equacionada em dois planos:

- Como pode o cidadão participar na gestão do sistema público de saúde?
- Que estrutura organizacional deve um sistema público apresentar, de forma a promover e garantir a participação dos cidadãos?

Na prática, estas questões não podem ser respondidas de forma isolada. O interface a desenvolver depende da cultura de cidadania de uma determinada população e do grau de liberdade que um sistema específico permite, no sentido de criar mais ou menos mecanismos de controlo centrais no seu processo de tomada de decisão.

De uma forma geral, o cidadão individual pode exercer o seu poder recorrendo a processos de tomada de decisão, como a escolha de uma instituição específica ou de um profissional de saúde. Se, simultaneamente, o sistema criar formas de afectar recursos de acordo com as suas preferências, o cidadão começa a fazer parte do processo de decisão central, a estar dentro do sistema como sujeito activo, e não como objecto de prestação de serviços. A distribuição de recursos financeiros pressupõe a análise do comportamento dos “clientes” do sistema e não só a elaboração dos planos dos seus profissionais.

Colectivamente, os cidadãos podem desenvolver o mesmo tipo de comportamentos, mas de forma organizada, optando pelo fornecedor de serviços e contratualizando de acordo com os seus interesses específicos. Neste contexto, para Escoval (2003), a criação de instituições mediadoras, capazes de cumprir uma missão de equilíbrio de poderes, surge com pertinência óbvia numa fase inicial, enquanto o poder de decisão final se mantém do lado da administração. Um dos mecanismos a considerar nas formulações políticas refere-se aos argumentos clássicos sobre a importância de criar “instituições intermédias” susceptíveis de proteger os indivíduos da exposição directa do poder do estado. Exemplos destas organizações foram as agências de contratualização de serviços de saúde, em Portugal.

Na tentativa de sistematizar as principais vantagens da substituição das relações hierárquicas pelas relações contratuais no quase mercado¹⁹ da saúde entre prestadores e financiadores, Mills e Broomberg (1998) agruparam os principais argumentos favoráveis à introdução de mecanismos de contratualização na saúde em três categorias de análise, a saber, factores de ordem económica, política e de natureza organizacional (Mills e Broomberg, 1998:6).

Um dos principais argumentos que legitimam a existência da contratualização prende-se, no essencial, com o propósito da eficiência. Assim, entre os principais argumentos de natureza

¹⁹ Esta expressão constitui a tradução de quasi-markets e pretende designar um conjunto de mecanismos semelhantes ao mercado mas que permitem que os serviços continuem gratuitos para os utilizadores (LeGrand e Bartlett, 1993).

económica, os autores destacam os seguintes:

a) Estímulo à descentralização da gestão

Um estudo, realizado por Goddard et al. (1997), sobre o impacto da implementação do processo de contratualização no NHS (Reino Unido), concluiu que a contratualização, materializada através de dois mecanismos principais, nomeadamente, o estabelecimento de compromissos, bem especificados, entre as partes contratantes, em termos de serviços a serem prestados e a reafecção do risco entre os compradores e os prestadores, permitiu uma delegação de responsabilidades ao longo da linha de gestão. Tal parece ter conferido aos gestores, de nível hierárquico inferior, mais poder e autonomia para afectar os recursos de acordo com as necessidades das populações. Com a descentralização da gestão, foi promovida a responsabilização dos gestores. No mesmo sentido, Flynn e Williams (1997) consideram que, numa perspectiva de descentralização ou desconcentração de poderes, o estabelecimento de compromissos bilaterais permite alinhar estratégias e maximizar os benefícios²⁰.

Note-se que, para usar a tipologia de descentralização proposta por Pollitt, Birchall e Putman (1998)²¹, as reformas encetadas em 1991, no Reino Unido, e também em Espanha, com a tentativa de criação de um quase mercado na saúde e da implementação da gestão por contratos, revelaram características de uma descentralização não-competitiva. Tal parece ter sido visível nos casos em que a autoridade foi delegada de um nível superior para um nível inferior, no interior da organização, ou, a partir de uma organização superior para outra que lhe está subordinada. Mas parece ter emergido também uma descentralização competitiva, na medida em que, na maioria dos casos, existiu uma transferência de autoridade operacional, através do estabelecimento de contratos.

Para Carvalho (2006), de acordo com a categorização de Saltman e Figueras (1997), as reformas encetadas em 1991, no Reino Unido, introduziram uma forma híbrida de

20 Flynn e Williams (1997) falam de uma evolução da política de contratualização de um paradigma de “adversários”, para uma definição clara de riscos das partes contratuais, assente no mesmo objectivo: “melhores serviços de saúde para os doentes.”

21 Pollitt, Birchall e Putman (1998) distinguem três tipos de descentralização com diferenças internas. A primeira distinção é a que pode ser estabelecida entre a descentralização política, em que a autoridade é descentralizada para os eleitos representativos, e administrativa, em que a autoridade é descentralizada para os gestores e órgãos de governo nomeados. A segunda, diz respeito à descentralização competitiva e não-competitiva. A terceira centra-se nas diferenças entre a descentralização que ocorre ao nível interno da organização e a descentralização que implica uma transferência de autoridade para outra organização distinta. Esta transferência é apelidada pelos autores de devolução e pode ocorrer entre organizações existentes ou entre estas e as que são criadas de novo.

descentralização e devolução, na medida em que as autoridades sub-nacionais passaram a estar dependentes do Secretário de Estado da Saúde e a procura da descentralização fez-se através da introdução do mercado interno, baseado na separação entre prestadores e financiadores. Os prestadores são encorajados a adoptarem a forma empresarial, mas os conselhos de administração continuam a ser responsabilizados perante o Secretário de Estado (Kokko et al., 1998 citado em Carvalho, 2006).

b) Melhoria do desempenho dos prestadores via concorrência de mercado

Para Mills e Broomberg (1998), as provisões contratuais bem definidas permitem uma clarificação de responsabilidades, conferindo aos pagadores instrumentos capazes de influenciar o comportamento dos prestadores. Por sua vez, os prestadores ficam financeiramente responsáveis por oferecer um volume determinado, qualidade e serviços, a preços negociados ou regulados, passando a estar sujeitos a uma avaliação de desempenho decorrente do estabelecimento prévio de objectivos. Ou seja, quando a AP procura a contratação de serviços entre as instituições “públicas” (cujo funcionamento financia), mais ou menos autónomas, está a procurar obter, para além dos serviços aos utentes, o melhor resultado possível no desempenho dessas instituições. Desta forma, a contratualização pode ser utilizada como forma de introduzir mecanismos de mercado no sistema, e, sobretudo, como forma de promover a adesão dos profissionais a uma cultura mais economicista (du Gay, 1996; du Gay e Salaman, 1996; Reed, 2002).

c) Melhorar o planeamento do desenvolvimento dos cuidados de saúde

O argumento para usar a contratualização como instrumento de planeamento reside na ideia de que a contratualização oferece uma ligação directa entre o planeamento e a afectação dos recursos, na medida em que os prestadores estão motivados, economicamente, para prosseguir a estratégia planeada nos termos contratuais. Além disso, a contratualização pode encorajar o desenvolvimento dos sistemas de informação. Os compradores interessados na prática da boa contratualização requerem informação sobre o estado da saúde, as necessidades e os resultados de saúde, os custos dos serviços e o desempenho dos prestadores, sem os quais não podem ser estabelecidos contratos informados.

Na perspectiva dos argumentos de natureza política, favoráveis à introdução da contratualização nos sistemas de saúde, Mills e Broomberg (1998; 6) referem que o fracasso das políticas do welfare e a consequente quebra de consensos em redor do Estado Providência²², criaram as condições propícias à necessidade de mudança, na qual a contratualização se afigura como um instrumento de governação “atraente”. Para estes autores, a implementação da contratualização é indispensável, ou até mesmo vital, para o processo da reforma e reestruturação dos sistema de saúde, já que permite reordenar as relações entre os vários agentes e entidades envolvidas, introduzindo princípios e mecanismos de responsabilização (accountability) e um maior rigor na avaliação e na redistribuição dos recursos; isto é, introduz maior justiça distributiva. Para Freitas (2006), mesmo que incipiente e incompleta, a contratualização cria, gradualmente, condições para a “desconstrução” ou “desmontagem”, sem grandes sobressaltos, da pirâmide hierárquico-burocrática e centralista de comando e controlo, hoje completamente desadequada.

Finalmente, sob o ângulo organizacional, a contratualização, ao promover a separação entre prestação e financiamento dos serviços de saúde, promove o distanciamento da influência do poder político o que parece favorecer, segundo Mills e Broomberg (1998) uma abordagem mais profissional à gestão, clarificando papéis e responsabilidades. A especialização de funções pode também ser indutora de uma maior qualidade da oferta de serviços.

Em suma, parecendo ser, de certa forma, consensual que todos os sistemas de saúde praticam alguma forma de contratualização, que, na sua forma mais rudimentar, consiste na mera transferência de recursos para as instituições prestadoras de serviços, de acordo com os custos apresentados (subsídio incondicional no continuum do processo de contratualização sugerido pela OCDE (1999)), a contratualização levanta, no entanto, algumas questões pertinentes. Entre estas situam-se as que se relacionam com a identificação dos factores críticos que condicionam, na prática, a implementação de formas estratégicas de compra que respondam às necessidades e expectativas das populações e que optimizem a relação custo/benefício.

²² O período do “Estado Providência” é circunscrito por Osborne e McLaughlin (2002) ao tempo que medeia entre 1945 a 1980. Dada a circunstância de se ter verificado alguma ineficiência e duplicação de recursos, acredita-se, agora, que deve ser o Estado a garantir as respostas para todas as necessidades dos cidadãos. Nesta nova fase, a soberania do Estado deixa de estar limitada ao monopólio do uso da força, estendendo-se também às funções de bem-estar social, como a segurança social, a educação, o fornecimento de infra-estruturas adequadas, entre outras. O governo central passa, assim, a desenvolver, de forma crescente, o papel de administração dos serviços públicos (Ackroyd, 1995 citado em Carvalho, 2006).

Numa tentativa de sistematização dos principais factores críticos, identificados por diversos especialistas, como ameaças ou fragilidades do processo de contratualização na saúde, agrupamo-los em três categorias principais: os papéis desempenhados pelos actores do processo, o processo em si mesmo e o ambiente político-cultural envolvente.

Assim, relativamente à primeira categoria, como já referimos, com a promoção da separação entre financiador e prestador, a contratualização num quase-mercado, como o do sector da saúde, pressupõe, do lado comprador, o conhecimento das necessidades a atender e o de um preço “justo” para negociar, enquanto requer do lado dos prestadores o conhecimento das suas funções de produção (Cabral, 2001).

Na verdade, o Estado, ao permanecer o financiador/segurador dos cuidados, mesmo quando se afasta da prestação directa ou se autonomiza (por exemplo, empresarializa), pode não regular as relações entre terceiros (empresas e consumidores privados), mas passa a definir e estabelecer contratos em que é uma das partes contratantes. E quando o Estado, actuando como agente do cidadão (o principal), contratualiza com entidades prestadoras a oferta de cuidados a uma população, tem de estabelecer, necessariamente, um conjunto de exigências contratuais em matéria de qualidade, de desempenho e de acesso, que surgem como formas de regulação do sector e que são sua obrigação monitorizar, enquanto financiador público.

Acresce, ainda, a dimensão ética da produção em saúde, a qual tende a elevar a responsabilidade política do Estado enquanto financiador/contratualizador, tendo este que garantir a permanente vigilância do respeito dos prestadores pela universalidade no acesso (ou seja, prevenir a selecção dos utentes pelo risco que tende a ocorrer) e pelos direitos e necessidades dos utentes. Estes utentes não são meros “clientes” das entidades prestadoras e não são, nunca em sistemas do tipo SNS, o seu principal financiador directo (mesmo quando se prevêem co-pagamentos). Financiam, indirectamente, o Estado, enquanto contribuintes, mas não existe qualquer relação directa entre contribuição e benefício dos serviços de saúde.

Sendo a contratação de serviços de saúde feita “para os cidadãos”, agindo as instituições públicas em seu nome, perante os prestadores, os métodos e loci da accountability (responsabilização) os aspectos sublinhados variam conforme as variáveis constantes no Quadro

n.º 1, a saber, “grau de autonomia” das instituições prestadoras e “fonte de autoridade” para o controlo.

Quadro n.º 1: Tipos de Relações de Accountability (responsabilização)

		Fonte de Autoridade para o Controlo	
		Interna	Externa
Grau de Autonomia das Instituições Prestadoras	Baixo	Hierárquica	Legal
	Elevado	Profissional	Política

Fonte: Adaptado de Johnston et al. (1999)

Assim, num “mercado imperfeito”, como é o da saúde, o Estado tem que usar “agentes” (profissionais/instituições, com domínio da informação sobre produção de serviços) que desenvolvem comportamentos complexos (perante os mecanismos tradicionais de mercado) para promover melhor estado de saúde. Para que os contratos obtenham melhores resultados que os anteriores mecanismos de “comando e controlo” é necessário adequar aqueles à complexidade ambiental do sector saúde. O Estado “intervém” para corrigir este tipo de “mercado” e é a qualidade do conteúdo do contrato e os mecanismos da sua gestão que permitem tornar efectiva essa intenção de defesa do cidadão.

Como sublinha Cabral (2005), num “mercado imperfeito” (do sector saúde) a efectividade de um instrumento, como é o contrato, pode estar comprometida, devido ao facto de a competição entre prestadores ser frequentemente limitada, uma vez que prevalecem relações contratuais de longo prazo ou devido ao fraco grau de autonomia operacional dos prestadores (Ovretveit et al., 2005: 209).

Tal pode resultar em comportamentos oportunistas dos prestadores, dado que possuem um nível de informação superior ao dos compradores (Abramson, 1999; England 1997; Mills 1998; Palmer 2000; Slack e Savedoff, 2001), podendo mesmo ocorrer situações de concertação de posições negociais por grupos profissionais, por motivos técnico-científicos ou outros, ou por associações empresariais, o que permite criar uma posição dominante destes prestadores no mercado, com as consequências económicas que se adivinham.

É, pois, possível que a contratualização, ao realçar e dar prioridade a actividades ou serviços mais lucrativos, por oposição a outros menos eficientes, não tenha em atenção os grupos mais vulneráveis e as comunidades mais desfavorecidas, pondo em risco a prossecução de um dos objectivos centrais dos sistemas de saúde: a equidade. Esta pode ser perspectivada, não só em função das condições de saúde (na medida em que os vários perfis de doença não se distribuem igualmente por todas as camadas populações; as variações biológicas e sociais existentes entre os indivíduos determinam diferenças nas suas formas de “sofrer e adoecer”), mas expressa, também, através de outras variáveis, como o acesso e grau de utilização dos serviços de saúde (analisando-se, neste caso, as possibilidades de consumo de serviços de saúde de diferentes graus de complexidade por indivíduos com iguais necessidades de saúde - equidade horizontal, que se diferencia do conceito de equidade vertical, que se reporta aos casos em que o tratamento é desigual para indivíduos com necessidades distintas).

A este propósito, parece-nos pertinente referir a observação de Pereira (1995: 141), quando afirma que, de todos os objectivos de equidade seguidos pelos sistemas de saúde modernos, a prestação de cuidados de acordo com as necessidades da população, é, provavelmente, aquele que gera maior consenso. Por essa razão, é, também, o mais discutido e avaliado na literatura internacional, a exemplo de Le Grand (1978), Aday et al. (1980) e Puffer (1986) citados em Pereira (1995: 141).

Nesta perspectiva, a identificação das necessidades em saúde²³, pressuposto básico para o planeamento dos cuidados de saúde a prestar à população, não constituindo um benefício em si

²³ Muitos autores, entre eles, Bradshaw (1972), Richardson (1994) e Stevens e Gabbay (1991), citados em Robinson et al. (2005), classificam as necessidades em saúde em: necessidades sentidas (que podem ser expressas e não expressas); necessidades expressas (conhecidas através da procura dos serviços e expressas pelos cidadãos, pela resposta a inquéritos ou questionários, pela manifestação directa aos profissionais de saúde, ou mediante a representação de autarcas, representantes de associações civis, responsáveis por organizações de doentes ou instituições locais, etc.; necessidades normativas (quantificadas por aplicação de metodologias técnico-científicas e orientações nacionais e internacionais, com evidência

mesmo, parece representar um importante instrumento para a definição de uma estratégia orientada para os resultados de saúde (Savas et al., 1998).

Subjazem, ainda, na origem de alguns fracassos na implementação do processo de contratualização na saúde, problemas relacionados com o próprio processo e dos sistemas informacionais de suporte. Assim, a informação sobre os variados aspectos da actividade da prestação de cuidados pode não permitir uma total antecipação a priori (até porque, em regra, os contratos celebrados são contratos incompletos²⁴), nem uma fácil supervisão (como na área da qualidade e desempenho), conduzindo, com frequência, a situações em que o contrato não produz os *outcomes* desejáveis, ou, pelo menos, não com os custos previstos. Na realidade, a realização destes contratos pode implicar um aumento dos custos, quer por via do processo que conduz à sua concretização (como a negociação, monitorização e avaliação de resultados), quer por via indirecta, já que o seu funcionamento eficiente implica uma melhoria ao nível dos sistemas de informação (para determinar os custos associados a cada acto, por exemplo) e dos recursos humanos mobilizados (que não possuem competências para desenvolver processos de negociação). Ora, é precisamente este grau de exigência na contratualização, próprio da saúde (dadas as especificidades do bem em causa, o grau de incerteza do mercado, as assimetrias informacionais, a sua inerente incompletude, as dificuldades em observar a qualidade e o desempenho e os problemas de monitorização e controlo dos prestadores, que acarretam, como referimos, elevados custos de transacção), que está na origem de alguns “fracassos” contratuais (Rico e Puig-Junoy, 2002; Domberger e Jensen, 1997).

Assim, apesar do propósito da contratualização ser o aumento da eficiência e o controlo dos custos, é possível que o seu efeito seja precisamente o oposto. Face à importância que a hipótese de *quality-shading* assume no sector da saúde, ou seja, de as entidades contratualizadas para prestarem cuidados de saúde às populações diminuírem a qualidade do serviço face ao que existia anteriormente, no sentido de pouparem custos, acentuam-se as exigências de regulação. Desta forma, surgem elevados custos de transacção (Williamson, 1979) que, por outro lado, favorecem a

científica de serem determinantes para a obtenção de ganhos em saúde); e necessidades satisfeitas (apuradas pelo grau de utilização dos serviços de saúde, e outros).

²⁴ O conceito de contratos “incompletos” foi apresentado por Hart (1990).

diminuição dos potenciais ganhos de eficiência introduzidos com o acréscimo de competição no sistema prestador.

Como já referimos, uma das formas de minimizar este problema assenta no estabelecimento de contratos de longo prazo entre financiador e prestador (diluidores do risco de investimento e da incerteza), que, no entanto, penalizam a competição.

Escoval (2003) conclui que, frequentemente, a contratualização não atinge os seus objectivos, devido, basicamente, a falhas na negociação do contrato (informação assimétrica, impreparação do órgão fiscalizador e inexistência de um objectivo agregador), problemas na concessão de autonomia às organizações e problemas conceptuais no acompanhamento e na avaliação do desempenho.

Acresce que, como sublinha Robinson et al. (2005), a contratualização de serviços de saúde não é uma solução que permita obter o mesmo nível de resultados em todos os países, uma vez que estes estão muito dependentes do tipo de organização, do desenvolvimento dos sistemas de saúde e do enquadramento político, económico e social. O nível de resultados a que cada país, individualmente, consegue obter é bastante variável.

Diferentes contributos, nomeadamente de WHO (2000), England (2000) Figueras et al. (2005) Mills (1997) Robinson e Le Grand (1995) e Saltman (2002), sublinham igualmente que, sendo a contratualização um processo eminentemente contingencial, dependente das características dos sistemas de saúde concretos, é também um processo político, sujeito a pressões de diferentes grupos e opções partidárias.

Segundo Werner e Reichard (2002), na maioria dos países que adoptaram o modelo contratual para aquisição de serviços de saúde, foi possível observar que os contratos foram mais influenciados pelas agências do que pelos seus departamentos de origem. Políticos, e também ministros, raramente são envolvidos nas negociações dos contratos, e, frequentemente, o interesse dos actores políticos (parlamentares, partidos etc.) e do público, em geral, nesses acordos é bastante pequeno, para dizer o mínimo (Werner e Reichard, 2002: 41).

Neste sentido, autores como Drucker (1996), Hamel et al. (2000), Jenkins (1995) e Shirley (1998 a), defendem que as principais dificuldades encontradas na implementação da

contratualização na saúde pelos organismos públicos, na maior parte dos países, parecem estar relacionadas com aspectos como a falta de orientações apropriadas por parte dos governos, a dificuldade em associar objectivos e metas pré-fixadas e devidamente quantificadas ao orçamento da saúde, à desarticulação entre orçamento e execução financeira, à falta de um programa de reestruturação organizacional e à insuficiente capacitação dos profissionais para a organização e gestão dos serviços de saúde (principalmente ao nível financeiro).

Também Miles e Snow (1984), sustentam que uma das fragilidades inerentes à implementação da contratualização, suportada na criação de agências, está relacionada com a sua capacidade de adaptação às alterações no ambiente externo, que podem provocar uma necessidade de alteração estratégica, exigindo algum ajustamento de outros elementos organizacionais, tais como o processo de gestão e as estruturas organizacionais. Espera-se que a fragmentação e a autonomização, dotem as organizações de mais agilidade, flexibilidade e maior capacidade de integração com a sua envolvente contextual (Pollit, 1990; Osborne e Gaebler, 1992).

Para além destas questões, é importante, também, realçar que é possível que ocorram conflitos na redistribuição da autoridade ao longo do processo. Como sublinha Cabral (2005), o emprego de contratos, na AP (ou entre a AP e os fornecedores de bens/serviços de utilidade pública), pode não ser adequado/útil, nem fácil, e exige pré-requisitos organizativos dos participantes.

Por último, será pertinente alertar para outro grande desafio que se coloca e que se traduz na medição do impacto da contratualização no desempenho dos sistemas de saúde. Considerando como objectivos chave de saúde a melhoria do nível de saúde da população, a capacidade de resposta às diferentes necessidades, a equidade do financiamento e a eficiência na utilização de recursos, é difícil conseguir avaliar o impacto da contratualização e distingui-lo dos efeitos de outras funções do sistema de saúde, tais como a prestação, a criação de recursos ou o *stewardship* (Escoval et al., 2007). Torna-se assim difícil, senão impossível, estabelecer, de forma directa, uma relação inequívoca de causalidade entre a consecução dos objectivos de um sistema de saúde e a estratégia de contratualização adoptada (Figueras et al., 2005). Não há, pois, evidência de que seja possível definir indicadores específicos que meçam exclusivamente os efeitos da contratualização.

Reportando-se ao contexto do SNS português, Freitas (2002), defende que o sucesso a médio e longo prazo da contratualização assenta em três pré-requisitos essenciais: a criação de um clima

de confiança, que se deverá estabelecer entre as partes e que se supõe atender a um certo equilíbrio entre considerações formais e informais, a existência de um diálogo permanente, a troca de informação, a negociação, a clareza dos objectivos e o respeito mútuo; o estabelecimento de um compromisso claro, no sentido de perseguir um objectivo comum, tornando transparentes os resultados obtidos, bem como dos adequados mecanismos de gestão e de avaliação e uma visão de conjunto. Estes últimos aspectos permitem compreender que a contratualização não poderá cobrir a multiplicidade de factores ligados à gestão do desempenho, à cultura organizacional, às considerações políticas e aos aspectos administrativos que intervêm numa relação contratual.

2.3 Tipologia de relações contratuais

Como vimos, o estabelecimento de relações contratuais pode ser perspectivado como um mecanismo de coordenação alternativo aos modelos de sistema de saúde integrado e hierarquizado, que, assentando na separação entre financiador e prestador, favorece uma afectação de recursos com base em critérios de mercado, com a explicitação de compromissos e motivações económicas para os alcançar (Saltman, Figueras e Sakellarides, 1998: 9).

No contexto da contratualização, a função do contrato é vista como a função de facilitar as trocas voluntárias, baseando-se em duas características elementares (England, 2000):

- Ligando a atribuição de recursos financeiros à actividade, resultados e padrões de consumo, facilitando a sua avaliação e melhorando a eficiência e a equidade.
- Clarificando o papel e responsabilidade de cada uma das partes, facilitando assim a avaliação do desempenho e a responsabilização.

A variedade de relações contratuais identificadas por Walsh (1995) abarca as seguintes categorias: oferta competitiva; contratualização externa; contratualização interna; contratos de desempenho e o mercado interno.

Esta classificação baseia-se, essencialmente, no facto de o processo de contratualização se desenvolver, ou não, em ambiente competitivo ou concorrencial; e se, pelo menos uma das partes, pertencer ao sector privado da economia ou, pelo contrário, no processo interagem apenas entidades do sector público.

Como vimos, um dos elementos centrais ligado, em teoria, à contratualização, é o funcionamento do mercado. Seja qual for a liberdade dos agentes, considera-se que este elemento facilita a eficiência²⁵ dos prestadores por via da concorrência.

Desde já, convém frisar que, uma vez que as experiências de contratualização no âmbito da reforma do NHS (utilizado como paradigma de onde irradiou uma forte influência para as reformas de outros sistemas de saúde de diversos países, incluindo Portugal) se centraram, essencialmente, no estabelecimento de relações contratuais entre entidades do sector público, nomeadamente entre agências públicas ou entre financiadores públicos e prestadores privados. Nesta lógica, a discussão em torno das especificidades da contratualização na saúde, tendencialmente, reporta-se às experiências de mercado interno.

Não obstante, procuramos apresentar as principais tipologias contratuais presentes no processo de contratualização da saúde, quando nele interagem entidades do sector público ou do sector privado.

Desde logo, destaca-se a proposta de Williamson (1979), que no seguimento dos trabalhos de MacNeil (1978), que classifica os contratos em clássicos, neoclássicos e relacionais, oferece uma análise detalhada destes três tipos de arranjos contratuais básicos, a saber o contrato clássico, o contrato neoclássico e o contrato relacional.

Assim, a contratação clássica refere-se às transacções isoladas, pontuais e sem efeito intemporal significativo. Neste modo de contratação, os ajustamentos ocorrem via mercado e o

25 O termo eficiência é frequentemente utilizado nas análises sobre serviços públicos (e este trabalho não foge à regra). No entanto, é importante explicitar os significados que se darão ao termo neste trabalho. O uso mais comum do termo diz respeito ao modo como, numa organização, se combinam recursos para produzir resultados (bens ou serviços): esta é também chamada de eficiência técnica e tem valor apenas para a instituição em análise (note-se que a eficiência técnica é habitualmente aferida por indicadores que quantificam a quantidade de recursos necessária para produzir uma unidade de resultado – output). Outro uso, mais frequente nas análises sobre sistemas públicos (que podem perseguir diversos objectivos simultâneos), é o grau de satisfação do bem-estar (global) dos membros da comunidade, pelo conjunto de serviços e bens produzidos: costuma designar-se por eficiência distributiva (allocative efficiency). A eficiência (técnica) das instituições individuais é um pré-requisito para se atingir a eficiência distributiva (porque os recursos são sempre insuficientes, face às necessidades, e à competição com outros sectores). No entanto, a eficiência distributiva depende, adicionalmente, dos valores e preferências majoritárias entre os membros da comunidade. (Hurley et al., 1995).

ordenamento que preside à transacção é o ordenamento jurídico tradicional. A identidade dos agentes é irrelevante; o contrato é do tipo padronizado e não há flexibilidade correctiva nesta modalidade. Trata-se, portanto, de um modelo estático que não contempla espaço para renegociações. Tudo o que é relevante para a relação contratual está materializado no próprio contrato. Não há antes nem depois, e como tal não existe qualquer necessidade para introduzir na relação contratual qualquer elemento de flexibilização nos termos do contrato. Este tipo de contrato tende a aplicar-se a situações que envolvem pequenas transacções e pressupõe o conceito de mercado em concorrência perfeita. O contrato clássico é considerado um contrato completo²⁶.

Porém, como será fácil de compreender, nem todas as transacções se ajustam ao esquema deste contrato clássico. É o caso dos contratos de médio e longo prazo, executados sob condições de incerteza, nos quais nem todas as contingências futuras podem ser antecipadas pelas partes, em que se preconiza a adopção de um contrato dito neoclássico. Para Escoval (2003), este tipo de contrato introduz no seu seio estruturas de governação alternativas à integração vertical (hierarquia) de forma a sustentar transacções recorrentes e de longo prazo e nas quais a variável incerteza assume um papel relevante. Dito de outra forma, a contratação neoclássica surge da necessidade do estabelecimento de relações mais duradouras, sendo que se caracteriza pelo desejo mútuo de manutenção do acordo. Admite uma maior flexibilidade para a realização de ajustes a posteriori, utilizando-se, habitualmente, como ponto de referência o contrato anterior. Por vezes, esse processo de reajustamento exige a intervenção de uma terceira entidade para avaliação da performance e que permita fazer a arbitragem na presença de conflitos de interesses.

O aumento progressivo da duração e da complexidade do contrato faz com que os ajustamentos de contratos neoclássicos se tornem mais difíceis. Abre-se, então, caminho para o desenvolvimento dos chamados contratos relacionais. Enquanto nos contratos neoclássicos a referência para o possível ajustamento era o acordo original, no contrato relacional tal referência é a relação desenvolvida entre as partes ao longo do tempo. Isso pode não incluir os acordos originais. O pressuposto básico dos contratos relacionais é o de que os agentes tendem a privilegiar a continuidade nas relações. Além disso, os contratos relacionais prevêm a

26 Por oposição ao conceito de contratos incompletos proposto por Hart (1990). Para este autor, num contexto de mudança, torna-se praticamente impossível elaborar um contrato que consiga antecipar todas as contingências imprevisíveis e concomitantemente, incorporar as respostas adequadas ao novo contexto. Como resultado, as partes vão ter de renegociar o contrato inicial e essa renegociação irá afectar a forma original do contrato, uma vez que as partes terão essa expectativa, o que dá origem a investimentos específicos, com custos irrecuperáveis. Desta forma, Hart (1990) conclui que só poderão existir aquilo que ele designa por contratos incompletos.

possibilidade de revisão permanente das cláusulas na decorrência de alterações ambientais, configurando-se, então, num sistema em constante negociação. Aqui a especificidade e complexidade do sector da saúde faz com que a contratualização relacional assuma um papel de relevo. As relações contratuais, baseadas em contratos do tipo neoclássico, prevêm a introdução de técnicas que procuram flexibilizar os termos contratuais, como seja o surgimento de uma terceira entidade para avaliação da performance. Porém, quando o ponto de referência do relacionamento contratual deixa de ser o contrato propriamente dito e passa a estar associado à relação no seu todo, desenvolvida ao longo do tempo, surgindo a necessidade de resolução de conflitos, desenvolvem-se contratos do tipo relacional.

Segundo Ensor et al. (1997) e Sheiman et al. (2002), apud Escoval (2003: 111) a tipologia das relações contratuais deverá basear-se, essencialmente, em quatro elementos básicos, a saber: as partes contratantes, o estatuto legal dos contratos, o conteúdo dos contratos e a abrangência ou extensão do contrato (por exemplo, relações bilaterais ou multilaterais).

A questão da identidade das partes contratantes (compradores e prestadores), está, desde logo, relacionada com as metodologias seguidas no financiamento do sistema de saúde de cada país. De acordo com Relatório do CRES (1998: 59), no tocante à distribuição dos recursos²⁷, ou seja, dentro de um modelo global de financiamento, no processo através do qual os recursos transitam dos financiadores (governos, seguradoras, etc.) para as entidades prestadoras (na perspectiva institucional ou na perspectiva individual) podemos distinguir, no essencial, dois sistemas:

1. Sistemas integrados, em que os prestadores, institucionais ou individuais, são directamente dotados ou pagos por quem superiormente os dirige e emprega;
2. Sistemas contratuais, em que os prestadores são independentes das entidades financiadoras e com estas estabelecem contratos de prestação. Observa-se aqui o princípio da separação entre o “comprador” de serviços e o “prestador.”

²⁷ O Relatório do CRES (1998: 59) salienta que na análise dos modelos de financiamento dos sistemas de saúde dever-se-ão distinguir dois momentos fundamentais. Assim, para além da distribuição dos recursos, importa reflectir “sobre as fontes de financiamento, em que se discute e analisa a origem dos recursos, ou seja, quem paga a saúde” (CRES, 1998: 59). A este propósito, o mesmo estudo aponta para a existência de dois tipos de sistemas: “os sistemas compulsivos, em que os recursos da saúde são obtidos através de impostos ou de seguros de saúde obrigatórios (em que as contribuições estão geralmente relacionadas com os rendimentos dos indivíduos e das empresas) e são geridos por institutos públicos, para-públicos e, nalguns casos, por seguradores privados; e os sistemas voluntários, em que o financiamento da saúde é, no essencial, deixado à livre opção dos indivíduos (em função da sua vontade e da sua disponibilidade) através de pagamentos directos de cuidados recebidos e/ou da compra de um seguro privado” (CRES, 1998: 59).

Como é evidente a tipologia apresentada não esgota a caracterização dos modelos de financiamento, sendo que na prática, cada sistema de saúde apresenta modelos de financiamento mistos em que se combinam características de cada um daqueles sistemas.

Não obstante, podemos afirmar que a principal diferença entre os sistemas integrados e os sistemas contratuais de financiamento reside no facto de nos primeiros não existir propriamente um “mercado” da saúde. De facto, o Estado funciona nos primeiros, simultaneamente, como segurador e prestador, enquanto nos sistemas contratuais, tendo em vista a introdução de mais efectividade (no acesso e capacidade de resposta) e mais eficiência macro e microeconómica, surgem através de um mercado externo, com base em fundos de saúde autónomos e prestadores autónomos, ou através de um mercado interno, em que a partir de um sistema público se evolui para a separação entre entidades financiadoras e entidades prestadoras, ambas mantendo a marca de serviço público.

Assim, nos sistemas de distribuição dos recursos que utilizam instrumentos contratuais podemos observar duas vertentes (Santos e Cardoso, 2001). Uma primeira, envolve a possibilidade de utilização de contratos, ou quase contratos, entre o Estado e o sector privado ou o sector público não-estatal, quando se relaciona com entidades de direito privado que passam a responder directamente por serviços antes prestados pela administração pública, ora prestando serviços ao Estado, ora prestando serviços directamente ao cidadão.

Uma segunda forma é a realização de quase-contratos com organizações públicas não governamentais, como as organizações não governamentais quase autónomas britânicas, onde o Estado, no pólo contratante, transfere atribuições, meios materiais e humanos para uma entidade privada, que assume integralmente a gestão e prestação de serviços públicos. Embora nesse caso não ocorra a contratação a uma entidade estranha à Administração Pública, o contrato exerce uma função substitutiva, atenuando a relação hierárquica. Cabe ressaltar, igualmente, que o contrato, nesse caso, não é entendido como um mero instrumento jurídico, mas um instrumento de flexibilização da gestão. Em comum, os contratos de gestão ou compromissos de desempenho têm como característica a adesão a um instrumento jurídico que regerá, num determinado período de tempo, direitos e obrigações recíprocas entre a entidade e o Estado-contratante. Esses quase-contratos materializam-se, de acordo com a tipologia proposta pela OECD (1999) sob a forma de

“acordos de enquadramento”, “contratos de orçamento”, “acordos de desempenho”, “acordos de prestador/financiador”, “acordos de parceria” e “acordos de serviço de clientes/utilizadores” (ver Quadro n.º 2).

Quadro n.º 2: Contratos de desempenho na OCDE

<i>TIPO DE CONTRATO</i>	<i>CONTEÚDO DOS CONTRATOS</i>
▪ Acordo de enquadramento	Abarcam estratégias e prioridades para um departamento ou agência. Conferem autonomia ao director executivo.
▪ Contratos de orçamento	Autoridade orçamental agregada e flexibilidade para gerir recursos em troca de objectivos de desempenho acordados. Focalização nos níveis orçamentais.
▪ Acordos de desempenho organizacional	Entre Governo e Conselho Executivo ou entre este e um gestor de topo. É específico, detalhado, operacional, orientado para processos e outputs.
▪ Acordos de desempenho com chefe executivo	Entre Governo e Conselho Executivo (para complementar os acordos de desempenho o organizacional) ou entre gestor de topo e gestores intermédios a vários níveis. Ex. Agências na Austrália, Nova Zelândia e Reino Unido.
▪ Acordos de prestador/financiador	Baseado na clarificação das responsabilidades através da separação do papel do financiador e de prestador dos serviços. Também podem ser feitos dentro da organização.
▪ Acordos de parceria	Assente na distribuição de recursos financeiros sem incluir necessariamente ligações ao desempenho.
▪ Acordos de serviços de clientes/utilizadores	São declarações de níveis de serviço prestados por um programa ou serviço aos respectivos clientes/utilizadores, especificando a qualidade e o nível dos serviços a prestar. Não são negociados.

Fonte: OECD (1999), adaptado de Escoval (2003).

No caso português, os conceitos anteriormente traduzidos encontram-se reflectidos nos diferentes tipos de contratos estabelecidos no sector público do SNS, sendo este compromisso operacionalizado na década de noventa entre as Agências de Contratualização e os serviços de saúde.

Dadas as diferenças históricas entre os dois sistemas, não tem o mesmo significado falar de contratualização nos países com uma estrutura baseada no modelo de Beveridge e nos que possuem um sistema Bismarkiano. Assim sendo, é possível identificar diferentes esquemas de contratualização na Europa, em função do modelo de financiamento e organização do sistema de saúde que caracteriza cada país.

Nos países cujos sistemas de saúde mais se aproximam do designado modelo Beveridge, o lado da procura é representado pelas autoridades públicas do sector da saúde, enquanto os prestadores estão do lado da oferta. Nos países que assumiram este modelo, as modalidades de contratualização introduzidas procuram tornar as formas de comando e controlo mais flexíveis.

No caso específico do Reino Unido, a separação entre prestador e financiador traduziu-se na eleição das autoridades de saúde locais e dos médicos de clínica geral (GPs) como figuras centrais de financiadores/compradores. As autoridades municipais passaram, assim, a estar envolvidas com o financiamento e gestão dos hospitais e dos serviços à comunidade, e os médicos de clínica geral passaram a dispor de um orçamento para gerir as necessidades de serviços dos seus pacientes (General Practitioner Fundholding) (Figueras et al., 1997).

Pelo seu lado, o grupo de países que possui um modelo de base Bismarkiano tem inerente a ideia de contrato desde a sua fundação. Estes contratos não se centravam, contudo, no preço ou na eficiência, procurando apenas formalizar as formas de pagamento entre as associações de fundos de doença (financiadores) e associações de hospitais ou médicos (prestadores), de acordo com a legislação nacional. Esta situação tem vindo a ser alterada desde a década de 1980, a favor do reforço da importância da eficiência e dos preços (Saltman e Figueras, 1997). Nos países da Europa do sul (Grécia, Portugal, Espanha e Itália) emergem sistemas mistos, que possuem, em simultâneo, elementos dos dois sistemas. Também, nestes países, as reformas mais recentes apontam para a introdução da contratualização e consequente separação entre financiador e prestador (Kokko et al., 1998 citado em Carvalho, 2006).

Relativamente ao estatuto legal, Flynn e Williams (1997) distinguem a contratualização “suave” (soft contracts), da mais prescritiva (hard contracts), assentando a primeira em formas de cooperação e declarações de intenções, e a segunda em objectivos bem estabelecidos, exigindo um quadro rigoroso de acompanhamento e eventuais penalizações em caso de incumprimento (estratégias de deterrence).

No primeiro tipo de contratação (soft), os contratos têm um baixo grau de formalidade e as partes contratantes têm interesses mais aproximados. A relação entre os terceiros pagadores e os prestadores depende largamente da cooperação, do apoio mútuo, da confiança e da continuidade nas relações. A contratação soft tem menor probabilidade de ser legalmente imposta. Tais contratos aproximam-se, portanto, da definição de contratos relacionais proposta por MacNeil (1978).

No segundo tipo de contratação, as partes contratantes são relativamente autónomas e defendem activamente os seus interesses.

Nas relações contratuais que foram estabelecidas durante as reformas do SNS britânico, por exemplo, os contratos celebrados, longe de serem meros documentos legais, aplicáveis por força legal, apresentaram-se como arranjos (também designados por “combinações de serviços” ou “acordos”), em que os compradores podiam desempenhar papéis diferentes em função do estatuto legal dos prestadores.

Quando os prestadores eram independentes ou autónomos (por exemplo, consórcios hospitalares), as autoridades de saúde agiam enquanto compradores, através do exercício de direitos e responsabilidades semelhantes a qualquer outra relação comercial. Quando se tratava de contratualização com uma entidade estatal, actuavam “em comissões” como representantes do governo. No primeiro caso, existia uma separação entre financiador/prestador, no último, uma separação comissão/prestador. Esta terá maior probabilidade de ser soft, e desta forma surgir como menos formal, baseada na confiança, continuidade e cooperação.

Quanto ao conteúdo dos contratos, como refere Pacheco (2004), uma das questões pertinentes que se deve colocar, a priori, consiste em saber o que contratar: outputs ou outcomes? A esta problemática, sobre se deve ser a prestação de determinados serviços previamente

especificados (outputs) ou, em alternativa, a contribuição efectiva demonstrada para a resolução de um problema (outcomes) - o objecto da contratação - Trosa (2001), tendo acompanhado os esforços de reforma em vários países, sugere que ambas as formas de contratação são importantes, até porque respondem a duas perguntas distintas. O contrato formulado com base nos outputs permite conhecer o que é efectivamente produzido com os recursos públicos; já a abordagem através dos outcomes permite indagar sobre a eficácia e utilidade daquilo que é produzido.

Não obstante, a autora sugere que se inicie o processo pela avaliação dos serviços prestados, como uma primeira etapa do esforço de medição do desempenho, que permitirá construir uma relação de confiança entre contratante e contratado. Nesta lógica, ao mesmo tempo, supostamente ambos procuram tornar menos ambiciosa a visão dos impactos a serem alcançados, tentando, eventualmente, construir uma cadeia lógica de execução dos objectivos, relacionando impactos, resultados intermediários e acções.

Do ponto de vista do contrato como instrumento de gestão, ambas as opções apresentam vantagens e inconvenientes, sistematizados no Quadro n.º 3.

Quadro n.º 3 - O que contratar?

	VANTAGENS	INCONVENIENTES
<i>Outputs</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecimento prático dos serviços prestados; ▪ Níveis de responsabilidade definidos, ▪ Custos calculáveis; ▪ Standard mínimo do que deve ser feito. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mensuração do que se faz, mais do que o que se deveria fazer; ▪ Valorização do curto prazo; ▪ Estimulo à obediência, mais do que à inovação.
<i>Outcomes</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoriza a acção dos funcionários; ▪ Permite estabelecer pertinência dos objectivos e estratégias (feedback); ▪ Introduce a perspectiva dos efeitos sobre o cidadão 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relações de causalidade difíceis de mensurar; ▪ Importante definir impactos intermediários mensuráveis; ▪ Difícil definir responsabilidades; ▪ Requer clima de confiança entre stakeholders.

Fonte: Adaptado de Trosa (2001).

Assim, ainda segundo Trosa (2001), contratar outcomes levanta, desde logo, o problema de se conseguir estabelecer uma relação de causalidade entre as acções realizadas e a alteração da situação inicial. Como isolar, de entre as inúmeras variáveis que afectam a situação inicial, aquelas que directamente estão relacionadas com os serviços prestados por uma determinada organização pública? Para isso Trosa (2001) sugere que, mais do que medir os impactos (os resultados finais, mas também os intermédios) estes devem ser avaliados, explorando relações de causalidade entre impactos e serviços prestados.

Esta problemática conduz ao tema da avaliação de políticas públicas e do próprio desempenho das unidades prestadoras de cuidados de saúde, muito mais amplo e complexo do que a contratualização de resultados. A avaliação requer esforços mais custosos e substantivos, tempos de maturação adequados, equipas e técnicas multidisciplinares. A avaliação do desempenho organizacional tem objectivos e utilidade específicos. Como sublinha Trosa (2001), confundir os dois procedimentos ou criar falsa oposição entre eles certamente não ajuda a fazer avançar o desempenho das organizações públicas.

Como teremos oportunidade de analisar mais adiante, a tendência na grande maioria das organizações de saúde, aponta no sentido de avaliar o desempenho através dos resultados (Costa e Reis, 1993), assumindo-se que as instituições que, comparativamente, apresentem melhores valores, têm, no mínimo, de apresentar bons desempenhos nas dimensões que estão a montante (nomeadamente, nos aspectos de estrutura e do processo das organizações de saúde).

Com efeito, não obstante as dificuldades conceptuais e operacionais em avaliar o desempenho das organizações de saúde (Anthony e Herzlinger, 1975; Evans, 1981 e Costa e Reis, 1993), torna-se cada vez mais pertinente desenvolver modelos para a sua concretização, criando mecanismos que proporcionem uma maior responsabilização dos agentes internos (gestores e prestadores) e que, simultaneamente, possibilitem a sua reprodutibilidade na actividade e gestão de cada organização de saúde (Costa et al., 2007).

Tendo em consideração o conteúdo dos contratos, de acordo com as negociações que se estabelecem entre compradores e prestadores, podem definir-se três tipos de contratos (England, 2000):

a) Contratos globais ou contratos rígidos: estes contratos podem ser comparados a um orçamento global de um serviço definido. O comprador (ou o comissário) compromete-se a pagar um montante em troca do acesso a um leque de serviços estabelecidos. Ovretveit et al. (2005: 192) apontam como principais vantagens deste tipo de contratos o facto de introduzirem maior certeza em relação aos fluxos financeiros que ambas as partes vão gerar, permitindo, ainda, minimizar os custos administrativos e de informação, e, por último, o facto de não incentivarem a adopção de práticas, por parte dos prestadores, que possam prejudicar os interesses dos utentes ou dos compradores (por exemplo, a “sobre admissão” de utentes). Os contratos rígidos podem ainda conter combinações que digam respeito ao volume máximo e ao volume mínimo dos serviços a serem prestados e na monitorização da qualidade, embora esta área ainda permaneça pouco desenvolvida devido à falta de informação sobre os resultados em saúde. É-lhes, igualmente, reconhecida a reduzida capacidade em responder a possíveis alterações da procura de serviços, e, em caso de sobreprodução, não possui qualquer mecanismo capaz de levar a um redimensionamento do volume de serviços prestados.

b) Contratos de custo-volume: Estes contratos constituem um refinamento dos contratos rígidos, uma vez que o pagamento de determinados serviços está explicitamente relacionado com os serviços a serem oferecidos. Por exemplo, pode ficar estipulado que o comprador (ou o comissário) pague um montante estabelecido para um número determinado de doentes a serem tratados numa especialidade, podendo ainda haver diferenciação dos pagamentos em função dos serviços distribuídos (alto, médio e baixo custo). Como refere Escoval (2003), o recurso a contratos de custo-volume é mais frequente nos casos em que os contratantes preferem minimizar o seu grau de risco, pois grande parte do risco está inerente ao pagamento de custos marginais, em casos adicionais, inexistentes nestes tipos de contratos. Ovretveit et al. (2005: 192) sublinha que as principais vantagens dos contratos de custo-volume residem no facto possibilitarem ao comprador especificar exactamente o que espera, em termos de performance por parte do prestador e o facto de constituem um incentivo para o prestador aumentar o seu nível de actividade e reduzir a sua estrutura de custos. Todavia, este modo de pagamento, como refere o CRES (1998: 75), pode constituir um “convite à ineficiência técnica e distributiva.” Além disso, envolvem sempre maiores custos de transacção, comparativamente aos contratos globais.

c) Contratos custo por acto ou por caso, em que um único custo é atribuído para cada item de serviço ou prestação. Nos pagamentos por actos, os financiadores acordam com as entidades prestadoras de cuidados de saúde uma lista de actos e respectivos preços, tais como o uso de salas de operações, exames complementares, honorários médicos, diária hoteleira, etc., o que significa que, em princípio, mais actos, independentemente do número de doentes tratados, representam mais financiamento para a entidade prestadora. Como refere o CRES (1998: 75), “tal cenário pode conduzir à sobreprestação de actos clínicos e à menor eficiência distributiva”, já que a entidade prestadora “não tem um claro incentivo para tratar mais doentes.” Ou seja, ao efectuar o pagamento ao acto privilegia-se o tratamento em vez da prevenção, incentivam-se actos (nem sempre necessários) e aumentam-se despesas sem, muitas vezes, benefícios proporcionais (CRES, 1998: 80). Nos contratos custo por caso, os financiadores contratam com os hospitais ou outras entidades prestadoras um regime de pagamento por caso e não pelos tratamentos que o doente recebe. Isto é, prefiguram-se uma série de casos tipificados (com base no diagnóstico principal, situação do doente e/ou severidade da doença) e para cada caso são acordados os respectivos preços compreensivos. Tal metodologia, segundo o CRES (1998),

“Fomenta o número de doentes tratados e o seu rápido tratamento e, consequentemente, tenderá a fazer aumentar a eficiência técnica e distributiva: mais doentes tratados representam um volume de financiamento maior e quanto mais eficiente for o tratamento, mais diferencial fica para o hospital, já que para cada caso, o preço é, em princípio, fixo” (CRES, 1998: 75).

No tocante ao grau de risco associado a cada tipo de contrato, enquanto nos contratos globais ou de custos e volume, os contratantes minimizam o seu risco, transferindo-o para o prestador, que deverá gerir a própria procura, nos contratos de custo por caso tratado, os contratantes assumem o risco do aumento imprevisto da procura, sendo, contudo, como sublinha Barros (2002), o contrato que melhor serve a liberdade de escolha dos cidadãos.

O inconveniente destes pagamentos prospectivos por caso reside no facto de “alguns hospitais se poderem vir a dedicar a um “case-mix” que lhes seja economicamente mais favorável, por um lado, e, por outro, poderem reduzir o leque de prestações aos doentes (menos dias de internamento do que o desejável, menos recursos clínicos, menos actos) como

forma de aumentarem a sua mais-valia. Pensa-se também, que o hospital poderá ser tentado a classificar o doente num grupo ou escalão mais caro, para daí retirar dividendos acrescidos. Todavia, a transparência do mercado e o controlo dos pagamentos poderá, em grande medida, contrariar estas perversões” (CRES, 1998: 75). O uso, ainda limitado, destes tipos de contrato é explicado pelo facto de requerem uma informação de custos extremamente detalhada, o que não é fácil. O sistema de informação do custo por caso/acto tratado, é um processo que precisa de ser desenvolvido e é muitas vezes usado em conjunto com outros recursos de gestão mais efectivos.

Em suma, estas formas de pagamento prospectivo que acabamos de analisar (por acto e por caso), têm em comum o facto de serem diferentes alternativas para medir a “produção” da entidade prestadora. São, nessa medida, “unidades de pagamento.” Como refere o CRES (1998: 76), “entre financiadores e prestadores o contrato pode, em tese, ficar-se por aqui.” Todavia, como alerta o relatório do CRES (1998: 76), se se “ficar por aqui”, consegue-se um controlo do custo dos actos/serviços prestados, mas não um controlo do volume global de cuidados prestados, na medida em que, para um determinado período de tempo, “a entidade financiadora vai ter de suportar um volume ilimitado de despesas, de acordo com o somatório de actos/serviços que os prestadores efectuarem” (CRES, 1998: 76). Assim, na prática, e para obviar a esta derrapagem das despesas de saúde (sempre possível em qualquer dos métodos analisados), os contratos são, geralmente, realizados, tendo por base um volume previsível de produção e, consequentemente, um “plafond” financeiro previsível.

A realidade dos diferentes países mostra-nos que não há modelos de pagamento “puros” (no sentido que acabamos de descrever). Admite-se, por exemplo, que para além dos tectos orçamentais, se equacionem financiamentos específicos para inovação e investigação. O pagamento por actos, por exemplo, raramente se utiliza para remunerar enfermeiros, técnicos de diagnóstico e outros profissionais não médicos, bem assim como para facturar as despesas hoteleiras, geralmente apresentadas por diária compreensiva.

A tendência aponta para a adopção de formas que articulam o financiamento com a produção (aqui se incluindo não só o volume, mas também o tipo de prestações e a sua qualidade).

Todavia, a passagem para modelos de contratualização, de custo e volume e de custo por caso, mais sofisticados, está fortemente condicionada pela existência de sistemas de informação, capazes de conduzir a uma política de compra de cuidados de saúde eficaz. De acordo com as conclusões divulgadas em 2007, pelo relatório da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS, os requisitos informacionais mínimos para uma contratualização eficaz incluem dados sobre o fluxo dos doentes, custos e utilização de informação entre especialidades ou grupos de diagnóstico e informações demográficas e de grupos de risco. É assumido, também, como sendo importante disseminar a informação de modo a permitir uma escolha racional de prestadores.

De referir que o recurso à contratação tem custos de transacção elevados, geralmente relacionados com a elaboração, negociação, implementação, monitorização e enforcement dos contratos, sendo que estes custos variam com o grau de detalhe exigido no contrato. Aumentos substanciais na qualidade e na eficiência são necessários para justificar estes custos adicionais.

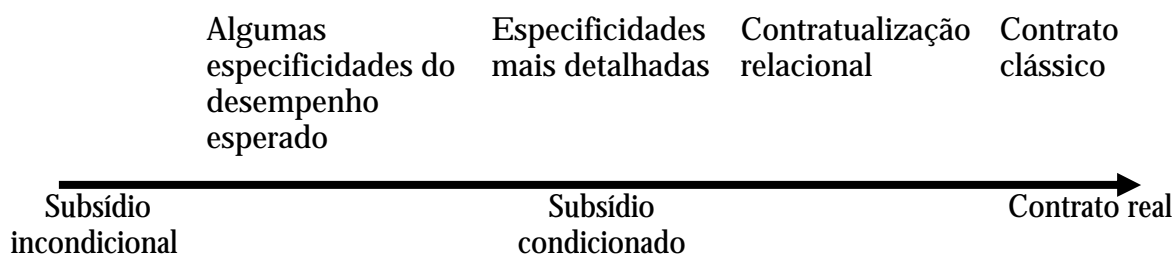
De salientar que, actualmente, em Portugal, a contratualização com os hospitais, formalizada através de um contrato-programa, fixa os objectivos por “linha de produção” (designadamente, a linha de internamento, de episódios de ambulatório, de consulta externa, de urgência, de hospital de dia e de serviço domiciliário), pressupondo que o pagamento seja feito com base na actividade realizada pelo Hospital. Desta forma, o pagamento é feita em função da actividade realizada por linha de produção, em vez do pagamento pelos custos suportados, o que, segundo Escoval et al. (2007), responsabiliza o contratador e prestador e estabelece limites à despesa, favorecendo, igualmente a fixação de um sistema de preços transparente estabelecido pela entidade contratante, que obriga a unidade prestadora a alcançar melhores níveis de eficiência, sem comprometer a qualidade mínima exigível.

Todavia, esta não é a única forma de pagamento aos hospitais em Portugal. Na verdade, actualmente, coexistem diferentes modalidades de pagamento. Para além do pagamento da produção realizada por “linha de produção”, previamente negociada e contratada, surge o pagamento em função da convergência/incentivos, com uma componente fixa para os hospitais convergirem para níveis de eficiência aceitáveis e com um sistema de incentivos associados ao cumprimento de objectivos de qualidade, acessibilidade e desempenho. Noutros casos, o

financiamento do hospital realiza-se através do pagamento dos custos fixos associados à produção contratada não realizada na urgência, ou o pagamento da produção acima da contratada até 10%, com excepção da cirúrgica programada. Existe ainda o financiamento de programas específicos, como sejam, as ajudas técnicas, as Convenções Internacionais, a Retinopatia, as Doenças Lisossomais, os transplantes e a Formação e Investigação ou os programas inseridos no Plano de Saúde, como seja a Diálise, VIH/SIDA, Diagnóstico pré-natal, interrupção voluntária da gravidez, registos oncológicos e os cuidados continuados integrados.

No que concerne à extensão ou abrangência do processo de contratualização, para além, de poderem existir relações bilaterais ou alternativa multilaterais, consoante o número de partes contratantes envolvidas, um estudo da OCDE (1999), sugere a existência de um continuum da contratualização, num quadro em que o Estado financia o fornecimento de bens e serviços, move-se numa linha em que num extremo se situa o subsídio incondicional e no outro os contratos “clássicos”, inteiramente executórios, pouco adequados à área da saúde. À medida que nos movemos nessa linha para a direita, condições adicionais vão sendo impostas ao beneficiário da subvenção. Essas condições criam obrigações no beneficiário e obrigações recíprocas no financiador, que forcem a que o beneficiário só receba caso satisfaça as condições previamente definidas. (ver Quadro n.º 4).

Quadro n.º 4: O espectro da contratualização de desempenho.



Fonte: OECD (1999) in OPSS (2003).

Aqui, mais uma vez, a especificidade e complexidade do sistema de saúde tem que ser levada em linha de conta. Como sublinha Escoval (2003), a mistura muito particular entre quantitativo e qualitativo em saúde, faz com que a contratualização relacional ou *soft contracting* assumam um papel

de relevo. Esta, muitas vezes, aproxima-se dum planeamento estratégico conjunto e é habitualmente complementada por elementos do tipo subsídio condicionado e contrato clássico.

2.4 Análise do processo de contratualização na saúde na Europa: a experiência do Reino Unido e de Espanha

2.4.1 Breve introdução

Os sistemas de saúde europeus apresentam uma grande diversidade em termos das organizações que têm como função a compra de serviços de saúde. Os países diferem quanto ao tipo de organizações que actuam como compradoras (por exemplo, o governo central, governos regionais, municípios, seguros de saúde), ao número de organizações com esta função e à forma como interagem entre si. Diferem, igualmente em termos de fundos financiadores (impostos, contribuição para esquemas sociais de seguro, subscrições voluntárias de esquemas privados de seguro e pagamentos directos por parte dos doentes²⁸) e de jurisdição (Robinson et al., 2005).

Apesar das diferenças que apresentam, os actuais modelos de provisão de serviços de saúde dos países onde os terceiros pagadores públicos (ou quase públicos) estão separados dos prestadores de cuidados de saúde, convergem em vários aspectos.

Desde logo, é frequente a coexistência de vários elementos das funções de compra, que podem ter lugar ao nível macro (central), meso (regional) ou micro (local). O nível meso é talvez o modelo mais disseminado, quer se trate de compradores em sistemas de segurança social como a França, a Alemanha e a Holanda, quer em sistemas de governação local, como é o caso da Espanha e da Itália. Os compradores de serviços de saúde a nível micro, embora apresentem uma extensão relativamente reduzida, têm expressão por exemplo nos CSP em Inglaterra (Robinson et al., 2005).

²⁸ Estas quatro fontes são usualmente classificadas em sistemas compulsórios (impostos e seguro de saúde social) ou sistemas voluntários (seguro voluntário e pagamentos directos).

Por outro lado, os contratos são talvez a parte mais prática e com maior visibilidade do processo de contratualização. Nos sistemas de saúde baseados no seguro social, os contratos entre os terceiros pagadores e os prestadores de serviços de saúde existem há muitos anos. Na Alemanha e nos Países Baixos, por exemplo, as complexas estruturas institucionais têm-se desenvolvido para representar os seguradores de saúde e os médicos na negociação dos esquemas de pagamento. Estes arranjos contratuais existiam no início para estabilizar as relações entre o segurador e o prestador.

Nas reformas actuais, em particular nos sistemas de saúde assentes em impostos, a contratualização é um instrumento para as negociações de preços e qualidade, além de assegurar a concordância do prestador.

Para uma abordagem mais detalhada do processo de contratualização nos diferentes países europeus, foram seleccionados o Reino Unido e a Espanha, quer pela semelhança do tipo de organização dos sistemas de saúde relativamente a Portugal e pelo processo de desenvolvimento que tem sido prosseguido nesses países, quer ainda pela proximidade geográfica (espaço ibérico), no caso de Espanha.

2.4.2 A experiência de contratualização em Espanha

O sistema de saúde espanhol, criado a partir dos serviços de saúde de segurança social, fornece uma cobertura universal com acesso gratuito aos cuidados de saúde, sendo maioritariamente financiado através de impostos, assentando numa estrutura e organização de base regional, fruto de uma política de descentralização do sistema de saúde espanhol para as regiões autónomas.

De um modo geral, a reforma da saúde, iniciada em Espanha, na década de oitenta, apostou, sobretudo, na universalização da cobertura de cuidados de saúde, na introdução de benefícios em termos de co-pagamentos e financiamento de serviços e tratamentos, na descentralização local dos cuidados (com a implementação do General Health Care Act, em 1986), na distribuição de orçamentos para os serviços regionais de saúde, na promoção de CSP de qualidade, na

implementação de modelos de gestão indirecta de hospitais públicos (e outras organizações de saúde), na gestão das listas e tempos de espera, na informatização do sistema e na promoção dos cuidados continuados e na investigação (Durán et al., 2006).

Assim, no tocante aos princípios e às metodologias seguidas no financiamento dos serviços regionais de saúde espanhóis²⁹, tradicionalmente financiados através de uma subvenção, transferida em bloco pelo governo central, de acordo com critérios estabelecidos no “decreto da devolução”, baseado na população de cada comunidade autónoma e nas suas características (Flynn e Williams, 1997), apostou-se na introdução de algumas características inovadoras relativamente aos modelos anteriores. Estas características estão ligadas, nomeadamente, ao cálculo do valor global a distribuir, assente em critérios de repartição próprios, ao estabelecimento de fundos específicos, às garantias para o estabelecimento e avaliação dos gastos e à existência de recursos próprios de cada uma das comunidades e dos cidadãos, bem como na aplicação de fórmulas de compensação.

O financiamento hospitalar passa, então, a ser realizado, prospectivamente, através da negociação de um contrato-programa entre o hospital e a autoridade regional. Nesta negociação, são estabelecidos os objectivos a serem atingidos pelo hospital e, simultaneamente, é definido um financiamento para o seu cumprimento, tendo por base um contrato de monitorização por um período de tempo definido pelas partes contratantes. É, assim, no início da década de noventa, que os modelos de contratualização com os hospitais tiveram os seus primeiros desenvolvimentos, sendo a região da Catalunha pioneira na adopção deste projecto, que posteriormente se estendeu a outras regiões.

O primeiro plano estratégico de INSALUD, de âmbito nacional, aprovado em 1998, incluiu um plano de melhoria da qualidade nos contratos-programa, com a introdução de um coordenador de plano ao nível do hospital e o desenvolvimento mais claro de incentivos económicos associados ao cumprimento de objectivos de qualidade.

²⁹ Os princípios e as metodologias seguidas no financiamento dos sistemas de saúde assumem particular importância para o seu desenvolvimento estratégico. De facto, há fortes razões para supor que os modelos de financiamento podem moldar, em grande medida, atributos essenciais dos sistemas de saúde, designadamente, em matéria de equidade, efectividade e eficiência micro e macroeconómica. (CRES, 1998: 62).

Nesse mesmo sentido, os hospitais foram autorizados a ter outras fontes de financiamento, embora de menor importância, fornecendo serviços de cuidados de saúde ou o risco de cobertura para as pessoas ou regimes não abrangidos pelo SNS.

A utilização generalizada do contrato-programa para o financiamento dos hospitais deu origem à utilização de um número de indicadores, incluindo o mínimo Basic DataSet (conjunto mínimo básico de dados), que deve permitir o ajustamento pelo risco no financiamento e, através dele, uma repartição mais equitativa dos recursos.

Os hospitais fora do sistema público de saúde, que dependiam da sua própria fonte de financiamento (de prestação de cuidados privados ou de outras estruturas públicas administrativas), também podiam prestar serviços ao SNS, através da celebração de acordos ou contratos (concertos) elaborados especificamente para o efeito.

Para Cabases et al. (1997), a assumpção do pressuposto de que a consolidação do SNS espanhol requeria que a autoridade de saúde distinguisse claramente a área dos seguros de saúde da prestação de cuidados de saúde, através da elaboração de uma proposta para monitorização das articulações entre as entidades públicas e privadas, que pudessem ter um carácter substitutivo dos serviços (e já não somente um carácter de subsidiárias), até aí prestados pelo INSALUD (estrutura central dos serviços de saúde), foi dado um passo decisivo para a contratualização externa de serviços já prestados pela rede pública. A preferência foi concedida às instituições não lucrativas em condições análogas de preço, qualidade e valor global despendido, delineando o contexto da competição futura.

Todavia, se, por um lado, de acordo com as conclusões de um estudo elaborado pela ERS (2006), a tentativa de implementação dos contratos-programa no sistema de saúde espanhol beneficiou da própria organização regional do sistema de saúde espanhol, tendo representado um avanço no modelo de financiamento das regiões autónomas, quer no que se refere à metodologia de distribuição, quer nos montantes globais afectos às diferentes regiões, do ponto de vista da equidade o mesmo apresenta-se como uma solução pouco satisfatória (Cabello, 2003).

Reportando-se exclusivamente à análise do regime de contratação com entidades privadas, o referido estudo conclui que, foi sobretudo a divisão do território em regiões autónomas

administrativas que “potenciou a necessidade de cada uma poder contratar com os operadores privados nos exactos termos que servem a região, sem os constrangimentos e assimetrias que um concurso público nacional poderia acarretar” (ERS, 2006: 88). Neste sentido, a contratação e a definição dos seus termos passa por uma figura próxima da negociação (sem prejuízo do cumprimento de requisitos de idoneidade e concorrência que sempre deverão ser respeitados). A selecção dos prestadores resultaria, assim, de uma política eminentemente local, “onde a tónica é colocada na garantia de requisitos de qualidade, os quais, uma vez preenchidos parecem legitimar o processo de negociação” (ERS, 2006: 88).

De uma maneira geral, estas mudanças operadas no sistema de saúde espanhol, ao colocar a ênfase no processo de descentralização, abriram caminho para a introdução de novas formas de gestão, o que pressupôs uma transferência de propriedade das organizações prestadoras e uma segregação da rede de saúde pública em microempresas de natureza pública, mudança que foi interpretada pelo governo espanhol como um axioma para o estabelecimento de uma espécie de mercado interno de que se esperavam melhorias de eficiência e satisfação dos utentes (OPSS, 2004).

Ao nível dos CSP, a reforma mais significativa deu-se em 1984, com a criação de pequenas equipas multidisciplinares, constituídas por médicos de clínica geral, enfermeiros, pediatras, assistentes sociais, dentistas e pessoal auxiliar, sob a coordenação de um único elemento em cada CS. Estas equipas abarcavam os cuidados preventivos, curativos e de reabilitação. Apostou-se, ainda, na introdução de uma carteira de serviços e no desenvolvimento do trabalho com base em programas, acompanhados pela informatização das consultas e dos registos clínicos.

As medidas implementadas pela reforma contribuíram para o decréscimo da referenciação a consultas hospitalares de especialidade e número de prescrições, representando um aumento da capacidade, por parte das novas equipas, na prossecução das linhas de orientação em termos de prevenção e acompanhamento de situações específicas, sobretudo ao nível da doença crónica (Saltman et al., 2006).

Ainda segundo estes autores, as medidas implementadas pela reforma contribuíram para um maior prestígio dos clínicos gerais e para melhorar a qualidade dos serviços, o que fez baixar consideravelmente a taxa de cobertura dos seguros privados de saúde.

Como aspectos negativos resultantes de todas estas alterações, podem enumerar-se os aspectos relacionados com os profissionais, o processo e os resultados. No tocante ao primeiro aspecto, é possível destacar a desmotivação dos clínicos, devido à falta de autonomia e ausência de apoio, quer do pessoal administrativo, quer dos enfermeiros, e um relativo fracasso do conceito de trabalho em equipa. No segundo, enquadram-se as falhas no planeamento, sobretudo no que respeita ao apoio domiciliário e à doença crónica; a ausência de coordenação adequada entre os cuidados primários e as especialidades clínicas; a transformação da assistência em urgências; os processos administrativos demasiado burocratizados e desnecessários e, por último, os horários desadequados às necessidades da população. Finalmente, no terceiro domínio, destaca-se o surgimento de listas de espera para as consultas com o médico de família (Saltman et al., 2006).

De acordo com um estudo comparativo (Villalbí et al., 1999), cujo objectivo consistia em avaliar o impacto da reforma dos CSP, sobre a saúde da população espanhola, através da análise das taxas de mortalidade, geral e por causas de morte evitável, foi possível estabelecer uma associação entre o processo de reforma dos cuidados primários e a diminuição da mortalidade, sobretudo em áreas cujo nível socioeconómico é considerado baixo. Foi ainda demonstrado que a manutenção desadequada de serviços de saúde obsoletos e massificados era sinónimo de custos financeiros e de vidas humanas, o que justificava, segundo esse estudo, a necessidade de desenvolver os serviços prestadores de cuidados, sobretudo primários, por serem a principal via de acesso da população aos serviços de saúde.

No que concerne à implementação do processo de contratualização no sistema de saúde espanhol, segundo Barros e Gomes (2002), embora tenham existido reformas em algumas regiões de Espanha (Catalunha e País Basco), em geral este país ainda não implementou a contratualização entre os pagadores (nestes casos, o governo ou as autoridades públicas) e os prestadores.

Destaca-se, nesse processo reformador do sistema de saúde, algumas vertentes importantes, nomeadamente a aposta na promoção da diversidade de provedores de recursos, ficando o governo com uma acção circunscrita às funções de planeamento, financiamento e regulação do sistema. O provimento dos serviços seria, assim, assegurado, pelas entidades públicas –

fundações, consórcios, empresas públicas – e empresas privadas, devidamente acreditadas pelo governo. Pretendia-se, com esse modelo, o aproveitamento de todos os recursos existentes, públicos ou privados.

Cumprir destacar que, ao promover o envolvimento do poder público e das diversas entidades da iniciativa privada, a reforma do sistema de saúde catalão exigiu grande consenso político-social, na medida em que a definição da Rede Hospitalar de Utilidade Pública reduziu o número de hospitais contratados de 143 unidades em 1981 para 68 em 1985, entre públicos e privados. Neste mesmo ano teve início a Reforma da Assistência Primária da Saúde (RAP), configurando-a como porta de entrada do sistema, com forte capacidade de resolução e enfoque longitudinal de problemas.

Já em 1991, entra em funcionamento o Serviço Catalão de Saúde (SCS), um projecto que envolveu quer a Administração de Saúde, como também todos os centros da Rede Sanitária de Utilidade Pública, e que, de acordo com o estudo supra citado, constitui um marco relevante na organização do sistema de saúde da Catalunha, na medida em que promoveu a separação das funções de financiamento e provisão de serviços, concentrando também esforços para a adopção de um modelo empresarial de gestão do sistema de saúde. A partir dessa nova fase, o Serviço Catalão de Saúde torna-se a entidade responsável pelo planeamento, avaliação, financiamento e prestação de serviços, no âmbito da assistência de saúde e social.

A distinção entre o financiamento e a provisão de serviços representa uma peculiaridade do sistema de saúde da Catalunha. O fornecimento de bens e serviços está aberto quer a instituições públicas quer a privadas, desde que detentoras de uma capacidade de oferta adequada. O financiamento e a contratação, ao contrário, são funções exclusivas do Serviço Catalão de Saúde, que actua em nome de todos os “clientes” da saúde pública. Mediante os contratos com os diferentes provedores de serviços de saúde, o SCS realiza a contraprestação económica de acordo com os serviços prestados por cada instituição. O contrato de serviços é o principal instrumento na relação entre a Administração Sanitária e os prestadores.

Em suma, e de acordo com o referido estudo de Barros e Gomes (2002), a reforma da saúde que se realizou na Catalunha incorporou no sistema de saúde algumas características importantes:

- Separação das funções de financiamento e prestação de serviços de saúde;
- Estabelecimento de contratos para regular a relação entre o comprador e os fornecedores de serviços;
- Autonomia de gestão dos CS;
- Profissionalização da gestão dos hospitais;
- Implementação de dispositivos de assistência primária à saúde e centros sócio-sanitários;
- Planeamento por objectivos de saúde e incorporação desses objectivos nos contratos estabelecidos;
- Desenho de fórmulas de incentivos aos profissionais, que os vinculam aos resultados da entidade; e
- Desenho de fórmulas organizativas nas redes públicas que permitam o seu desenvolvimento em esquemas de relações laborais, vinculadas ao direito privado, mantendo o carácter público dos estabelecimentos.

Todavia, para González et al. (2001), a descentralização territorial coloca vários desafios organizacionais. O primeiro refere-se aos doentes deslocados e ao funcionamento dos centros e serviços transfronteiriços. As regiões mais pequenas não têm, nem devem ter, de acordo com critérios de eficiência, uma gama de serviços completa para oferecer aos seus cidadãos. Devem referenciá-los para fora, quer a nível de determinados tratamentos, quer de diagnósticos, continuando Madrid a ter centros de referência.

Convém ainda referir algumas das preocupações expressas por alguns profissionais de saúde do país vizinho que se prendem com o facto de o financiamento estabelecido em 2002 e que permite que cada uma das Comunidades Autónomas possa definir orçamentos próprios, é gerador de potenciais desigualdades territoriais significativas.

No entanto, e de acordo com Escoval (2003), o balanço geral da experiência de contratualização em Espanha parece ser positivo, embora para González et al. (2001), as melhorias mais significativas registaram-se ao nível dos resultados financeiros, dado ser esta a componente mais visível do processo. Acrescentam ainda que o impacto de variáveis externas

adversas, indecisões políticas e falta de outras medidas complementares, não têm permitido que a contratualização atinja os resultados possíveis e desejáveis. Não obstante, salientam a maior transparência adquirida pelas operações e pelos resultados da experiência da contratualização na saúde.

2.4.3 A experiência de contratualização no Reino Unido

O sistema de saúde do Reino Unido continua a ser considerado o paradigma de um SNS, de onde irradiou uma forte influência para os sistemas de saúde de diversos países, incluindo Portugal, em que os recursos de financiamento da prestação de cuidados de saúde provêm, essencialmente, dos impostos e os prestadores são, na sua maior parte, entidades públicas, sendo assegurada uma cobertura universal e tendencialmente gratuita para toda a população. À partida ambos os sistemas têm problemas comuns: dificuldade de resposta da rede de cuidados às novas necessidades (envelhecimento da população); aumento da procura (listas de espera); crescimento incontrolável dos gastos; poder excessivo das corporações profissionais; gestão administrativa de unidades de saúde; Estado acumulando funções de regulador, financiador e prestador (Cabral, 2005).

Até às reformas de Margaret Thatcher, o modelo de financiamento e organização do sistema de saúde do Reino Unido mantinha-se praticamente inalterado desde a sua criação. Nessa altura, produziu-se uma importante reforma no mecanismo de transferências financeiras do sistema de saúde, através da tentativa de introdução do conceito de mercado interno ou de um quase-mercado para a prestação de cuidados de saúde, considerada por alguns autores como “a mais profunda das mudanças culturais e organizacionais, desde a criação do NHS em 1948” (Escoval et al., 2007).

Na generalidade, a reforma proposta pelo Working for Patients (1989) concebida na década de 80 e implementada a partir do início dos 90, sob o signo do “thatcherismo”, tendo identificado alguns problemas no que concerne ao modo de financiamento da saúde e na diminuição da qualidade do atendimento do serviço de saúde, desenvolveu-se num ambiente político e

ideológico que exacerba a premissa da generalizada ineficiência organizacional do sector público. Esta insistência na ineficiência também resultava das críticas à administração do Estado de bem-estar social, considerado como um monopólio que não prestava contas à sociedade (Butler, 1994; Ham, 1996), devido, fundamentalmente, à preponderância dos grupos corporativos na liça sectorial. Elegeu-se, então, como refere Cabral (2005), o sector privado como locus mais adequado para a execução de políticas, ao mesmo tempo que se preconizava a predominância dos princípios económicos, em detrimento da protecção social, e do mercado versus a hierarquia burocrática. Pretendeu-se que as unidades prestadoras de cuidados de saúde (hospitais e CS) passassem a organizar-se como sub-modelos empresariais com autonomia de gestão, cujo financiamento dependia da celebração de contratos com as administrações de saúde e com os clínicos gerais – GP foundholders (Santos, 1999).

Walsh (1997) refere como principais iniciativas de promoção de um mercado interno, desenvolvidas no NHS, a partir do fim dos anos oitenta:

- A separação de funções entre os níveis central e local;
- A transformação das autoridades sanitárias em organismos compradores de cuidados de saúde e o incremento da actividade dos clínicos gerais, através de incentivos à sua transformação em gestores de fundos públicos para aquisição de serviços;
- Ao nível da prestação, incentivos à transformação dos hospitais públicos em instituições autónomas (trusts), com capacidade para competir no mercado pelos recursos disponíveis para atendimento aos utentes.

Para Barros e Gomes (2002), a tentativa de introdução do conceito de mercado interno e da implementação do processo de contratualização no NHS, através do qual os fundos públicos eram transferidos dos compradores (isto é, as autoridades de saúde distritais) para os hospitais e outros prestadores, reflectiu, essencialmente, a preocupação com a necessidade de reconfiguração do padrão de oferta dos cuidados de saúde, através da concepção de novas modalidades de aquisição de serviços. Estas, supostamente, iriam permitir introduzir sistemas de incentivos e mecanismos de financiamento relacionados com a produção e desempenho.

Com as reformas iniciadas em 1991, e com o modelo de contratualização implementado no Reino Unido, introduziram-se alterações significativas na própria estrutura das instituições prestadoras. Estas, continuando a fazer parte do NHS, foram reconfiguradas em organizações autónomas e independentes, não governamentais, as chamadas NHS trusts, compostas por um ou mais hospitais e, por vezes, por outras instituições de saúde, com níveis de autonomia de gestão consideráveis mas dependiam, ainda assim, em larga medida do Ministério da Saúde.

Em 1996, quase todos os hospitais e serviços comunitários de saúde eram geridos por empresas independentes, passando assim a gozar de “novas liberdades” de gestão, funcionando como trusts: concorrem entre si junto das entidades financiadoras, apresentando os seus preços e fazendo prova da sua qualidade, podendo fixar as remunerações a praticar e as condições de trabalho do seu pessoal, acumular verbas excedentárias, contrair empréstimos, etc. Em 2004, num esforço de lhes conferir maior liberdade e independência, nomeadamente na utilização dos seus recursos financeiros, alguns NHS Trusts (aqueles que foram, à data, considerados melhores) foram transformados em Foundation Trusts, passando a ser responsáveis apenas perante os seus doentes e as autoridades locais.

Daqui decorre, desde já, uma das particularidades do processo de contratualização implementada no sistema de saúde inglês: o facto de o mesmo ter sido experimentado no seio da própria administração directa e das agências executivas, inicialmente através do programa do Next Steps Program e de uma tentativa de “desministerialização”, nas palavras de Santos e Cardoso (2001).

Ao nível específico dos cuidados primários, as acções centraram-se na substituição do modelo de financiamento dos médicos generalistas, pela criação dos grupos de cuidados primários (Primary Care Groups), equipas multidisciplinares, subordinadas à Autoridade Local de Saúde. O objectivo anunciado para estas equipas é contribuir para a melhoria da saúde, desenvolver os cuidados primários e os serviços comunitários, identificando a priori as necessidades da população e fazer consultoria à Autoridade de Saúde e mais tarde dos PCT's (Primary Care Trusts), com funções semelhantes às dos PCG's, mas englobando, também, a gestão e administração de serviços e instituições de saúde.

As reformas têm tentado, desde a década de 90, transferir poder e recursos do sector

secundário da saúde para o sector primário, apostando numa aproximação entre os serviços e a comunidade. Os resultados destas medidas demonstram que uma boa coordenação entre os profissionais e os serviços representa melhorias para a prestação e qualidade dos cuidados e reduz os tempos de espera. Todavia, a criação do fundo gerido pelos clínicos, trouxe um aumento das burocracias e criou desigualdades em termos de acesso. Não há evidência que este fundo tenha representado um aumento do poder do clínico geral, como era esperado. Outra medida da reforma, mais recente, foi a possibilidade de proporcionar aos clínicos gerais um maior poder de decisão sobre os recursos do NHS (Saltman et al., 2006).

Ainda ao nível dos CSP, são criados os GP (General Practitioners) Fundholders, grupos de CS da mesma área geográfica, abarcando entre 50.000 e 250.000 beneficiários (European Observatory on Health Systems and Policies, 1999)³⁰, responsáveis pela aquisição de serviços para os seus doentes. A experiência mais ambiciosa deste conceito surgiu com um esquema piloto em que alguns GP Fundholders foram responsabilizados pela gestão de orçamentos com os quais podiam adquirir, inclusivamente, cuidados hospitalares, tornando-se assim responsáveis pela gestão integral da saúde e acesso a cuidados dos utentes a seu cargo.

Os clínicos gerais (com forte tradição e importante papel no SNS do Reino Unido) tinham, assim, a particularidade de poder ser simultaneamente prestadores e financiadores, já que, os que quiserem optar, podem gerir orçamentos clínicos, não só para prestar cuidados aos seus clientes mas também para “comprar” cuidados hospitalares, exames complementares e consultas de especialidade, nos casos em que tais consumos sejam tecnicamente justificados.

Actualmente, a realidade dos cuidados primários no Reino Unido caracteriza-se pela existência de 10 000 médicos de clínica geral, que trabalham com negócio próprio, através do estabelecimento de contratos com o Department of Health, e organizam-se em grupos PCT (existem cerca de 400 PCT). Os salários dependem de capitação e do desempenho (Campbell e Roland, 2003).

O orçamento atribuído para a saúde é distribuído pelos diversos prestadores, em particular para os Primary Care Trusts (PCT), que controlam cerca de 80% do orçamento total do NHS. Os

³⁰ Refira-se a este propósito que a recente criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde do SNS português, com a publicação do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, e com a consequente extinção das Sub-regiões de Saúde, segue de perto este modelo de organização experimentado no NHS já em finais dos anos noventa.

PCT são os principais compradores de cuidados de saúde e a distribuição de recursos baseia-se numa fórmula de capitação ajustada aos diferentes distritos. De acordo com esta fórmula a distribuição do financiamento para cada um dos PCT é determinada pela cobertura da população respectiva e ponderada com base nos seguintes critérios:

- Necessidades relacionadas com a idade: reconhecendo-se que o nível de procura varia de acordo com a estrutura etária da população;
- Necessidades adicionais: reflectindo que a necessidade relativa dos que precisam de cuidados de saúde mais e acima do nível contabilizados pela idade, por exemplo perfis socioeconómicos da população;
- Custos com a prestação dos cuidados de saúde: tendo em conta as inevitáveis variações geográficas (custos com pessoal).

Os PCT assumem tanto o papel de prestador, através do investimento em unidades de cuidados de saúde que prestam cuidados directamente às populações, como de financiador, situação em que contratualizam com outros prestadores de cuidados de saúde (dentistas, farmacêuticos e oftalmologistas) a prestação de alguns cuidados em particular.

Foram ainda introduzidas linhas gerais de orientação para a prestação de serviços adequados, um sistema de monitorização do desempenho e normativas para a avaliação da qualidade. As normas para a qualidade foram estabelecidas a nível nacional, através do National Institute for Clinical Excellence (NICE). Foi também fundado o National Service Frameworks (NSF's) com o objectivo de acompanhar e definir os serviços a serem prestados, mediante condições pré-estabelecidas. Porém, aquela que foi considerada a maior inovação na reforma, foi a aposta na *clinical governance*, com o objectivo de garantir a qualidade dos cuidados, através de auditorias, práticas baseadas na evidência, desenvolvimento profissional contínuo, avaliação do risco, registo de incidentes e sistema de monitorização do desempenho dos profissionais de saúde.

Outra medida preconizada pela reforma foi a aplicação anual de um questionário aos utentes, de modo a acompanhar as suas visões em relação ao sistema de saúde. Foi ainda criada uma

agência para monitorizar as actividades dos mecanismos de governação, quer a nível dos cuidados primários, quer dos hospitais - Commission for Health Improvement (CHI).

Com o plano da reforma na área dos cuidados primários criaram-se ainda oportunidades inovadoras para o sector farmacêutico. No que respeita este nível de cuidados, a medida mais importante foi a criação dos serviços farmacêuticos locais (*local pharmaceutical services*), com o estabelecimento de contratos directamente entre as farmácias da comunidade e os PCT. Estes contratos englobavam, desde a sua génese, serviços como rastreio e monitorização da diabetes e doença cardíaca, programas de cessação tabágica e cuidados domiciliários para os idosos. Além destes serviços, poderiam, ainda, ser contratualizados outros, de acordo com as características próprias da comunidade. Como seria de prever, a contratualização dos serviços dependia do nível de financiamento, mas o maior desafio previsto, seria a gestão da relação entre os CSP e as farmácias (Poston, 2002).

Assim, a reforma permitiu a coexistência de uma multiplicidade de prestadores de cuidados primários, desde os médicos de clínica geral dos grupos PCT, médicos de família privados e “walk-in centres.” Todavia, a privatização do nível primário de cuidados de saúde não tem grande visibilidade, uma vez que o grau de satisfação com o serviço público, medido pelo nível de acesso e qualidade, é bastante favorável (European Observatory on Health Systems and Policies, 2003).

Em suma, sem alterar as fontes básicas do financiamento (através dos impostos) nem a propriedade das instituições prestadoras, o SNS inglês, a partir de 1987, evoluiu de um modelo integrado para um modelo contratual. No essencial, de um lado passaram a existir entidades financiadoras (*fundholders*) e, do outro, entidades prestadoras (clínicos gerais, hospitais, etc). Os recursos financeiros foram transferidos do Governo para as primeiras entidades (geralmente as Autoridades Regionais de Saúde) que funcionam como compradores de serviços junto dos prestadores.

Não obstante, ao longo deste percurso, particularmente após a vitória do partido trabalhista, em meados da década de noventa, foram sendo introduzidas, algumas adaptações, na tentativa de controlar os “exageros” (perigos) entretanto identificados, associados aos limites do quase-mercado, nomeadamente problemas relacionados com a universalidade, a acessibilidade, a equidade e a eficiência do sistema.

Admitindo que o problema fundamental do NHS era o seu subfinanciamento crónico, e na tentativa de reafirmar o carácter universal do sistema de saúde britânico, “bem como reverter a política de cortes progressivos praticada pelos conservadores que levaram a uma deterioração de um sistema antes considerado um modelo e referência mundial” (Colistete, 1997: 4, apud Tanaka e Oliveira, 2007:11), o governo inglês estabeleceu importantes metas de mudança a partir das recomendações de vários diagnósticos realizados por universidades e centros de investigação. Entre estas, o investimento público foi mais direccionado para o aumento dos recursos humanos e tecnológicos do NHS e para a construção/instalação de novos hospitais e CS.

Diversos autores tinham criticado os riscos de maiores desigualdades criados com os mecanismos e estímulos à competição, particularmente os GP's fundholders. De facto, alguns hospitais ter-se-iam visto na eminência de encerramento (por redução de doentes referidos), o que poderia acarretar problemas de acesso em áreas geográficas normalmente já carenciadas (os GP's fundholders localizaram-se, maioritariamente, em áreas geográficas mais afluentes).

Alguns contratos privilegiaram o binómio quantidade-preço e não a relação qualidade-preço (por exemplo, obrigando os doentes a deslocar-se para hospitais longínquos só porque os cuidados, embora de qualidade, eram mais baratos) (CRES, 1998). Para os mesmos críticos, este mecanismo conduziria a fragmentação nas intervenções de saúde para a população (tendência para os prestadores “desnatarem” o sistema, fazendo com que nas suas listas fiquem apenas os aderentes com melhor perfil), correndo-se, ainda, o risco de alguns grandes hospitais poderem exercer um monopólio na sua região, perante um poder de compra fragmentado entre dois tipos de fundholders: as Autoridades Regionais e alguns clínicos gerais.

Na prática, as manifestações de competição tinham sido reduzidas: os GP's mantinham a preferência por instituições de referência, geograficamente próximas, e os fluxos de referência não se modificaram significativamente (Cabral, 2005).

Neste mesmo sentido aponta Pollitt (2000), ao afirmar que as mudanças introduzidas no NHS, até meados da década de noventa, apesar de terem permitido maior controlo e transparência dos custos, e contribuído para um aumento da eficácia dos serviços prestados, acarretaram também uma fragmentação do NHS.

Neste contexto, as mudanças originadas pelo recurso a agências como modelo alternativo de fornecimento de bens e serviços, produziu efeitos que mereceram a atenção dos reformadores (Rhodes, 1997:50-54). Em primeiro lugar, a criação de agências conduziu à fragmentação institucional: o fornecimento de serviços públicos. Ao deixar de depender de uma só estrutura coordenada, com o recurso à hierarquia, dá lugar ao aparecimento de um conjunto de organizações cuja natureza pode ser governamental, não governamental e, nos casos em que se recorreu a formas de privatização, privada.

Como refere Araújo (2000: 10), esta proliferação de organizações conduziu ao desenvolvimento de diferentes culturas, dificultando o processo de articulação e de implementação das políticas. Como seria expectável, pelo menos numa fase inicial, existiram alguns problemas de relacionamento entre as agências³¹ e o governo, resultantes do facto de cada um destes stakeholders possuir objectivos e interesses não coincidentes e, por vezes, conflituantes (as primeiras actuando numa lógica de output, enquanto que o governo privilegia uma perspectiva de input financeiro) (Escoval, 2003). Daqui resultaram elevados custos de transacção do processo de contratualização, agravados pela assimetria de informação entre o agente e o principal (sendo que normalmente o primeiro dispõe de mais informação sobre os detalhes das tarefas a executar do que o segundo).

Por último, de referir que a aposta efectuada na separação entre as instituições que financiam os cuidados face às que os prestam, visando, por um lado, fomentar a competição do lado da oferta, incrementando a eficiência na prestação, e, por outro, potenciar a liberdade de escolha e a sensibilidade face às necessidades dos utentes (*responsiveness*), demonstrou não ser capaz de garantir o aumento de competição entre os agentes, nem assegurar a formação de algum tipo de quase-mercado (Le Grand e Bartlett, 1993) ou mercado planeado (Saltman e Von Otter, 1989 e 1992). Como salientam Robinson et al. (2005), a concorrência esperada entre as unidades prestadoras de serviços de saúde foi muito diminuta, tendo-se tornado evidente que a regulação imposta ao mercado emergente limitava severamente a sua liberdade.

Para Le Grand et al. (1993) a criação de um quase mercado, no contexto das reformas dos anos noventa, implicaria a substituição do monopólio de prestação pública pela prestação

³¹ No Reino Unido o modelo de agência teve a sua expressão máxima na década de noventa, com o programa dos *Next Steps Agencies*.

independente e competitiva. O impacto destas medidas traduziu-se, essencialmente na alteração do equilíbrio de poder entre os diferentes interesses presentes no NHS: de um velho sistema integrado e hierarquizado passou-se para um modelo mais flexível, descentralizado e assente num conjunto de processos contratuais.

De referir, ainda, a crítica incisiva de Maynard (1989), que introduz alguma matização no optimismo “managerialista” que acompanhou a reconfiguração competitiva do SNS inglês. Para o autor:

- Nada garante que as actividades que dão lucro aos gestores de orçamentos sejam as que melhoram o nível de saúde do utente ao menor custo. Os prestadores tendem a facultar cuidados de alta tecnologia, de eficácia não comprovada, e os gestores orçamentais estão tão pouco informados como os prestadores sobre o custo-efectividade de tais prestações;
- As prioridades serão determinadas pelas disponibilidades orçamentais dos gestores e é provável que elas e os próprios doentes sejam vulneráveis à pressão e à publicidade da indústria e dos profissionais sobre os méritos, e não sobre os custos dos bens e serviços que oferecem; e
- A procura de lucros facultará incentivos aos prestadores para se cartelizarem, ocuparem segmentos de mercado ou acordos de integração que condicionam a liberdade de escolha dos gestores orçamentais.

Não obstante, para Cabral (2005), a evolução sustentada do processo, evidencia:

- Melhorias na posição do comprador (e que se manifestam na qualidade dos contratos): conseguiu-se reequilibrar a informação do oligopólio financiador (o Estado), permitindo a este não apenas conhecer melhor os preços “justos”, mas também as “utilidades” (necessidades) que precisa satisfazer. Segue-se, por consequência, a contratação “selectiva”, em que o poder do financiador “dirige” os investimentos do prestador. Por outro lado, a intenção do Estado em estender o horizonte temporal dos contratos, permitindo a redução dos riscos dos contratos anuais, permite a instalação de novos prestadores - quebrando o oligopólio prestador, e abre ao financiador a oportunidade de

obter mais competição, embora com o custo de ter de “melhorar anualmente a sua informação” (novos prestadores), para discutir novos tipos de partilha de riscos;

- Redução da competição e retomada da relevância do planeamento, associada a crescimento da relevância e custos da gestão (para gerir diferentes tensões entre recursos e expectativas);
- A mudança na cultura e linguagem institucional é acompanhada por mudanças mais modestas nas instituições, que continuam confrontadas com limites de orçamentos e imposição de múltiplas normas de funcionamento.

Capítulo III. Enquadramento do trabalho de investigação no sector da saúde em Portugal

3.1 Antecedentes do actual Sistema de Saúde Português

Importa, agora, nesta secção do capítulo, analisar a evolução do sistema de saúde em Portugal e dos seus principais factores condicionantes, de natureza económica, social, histórica, política e jurídica, que permitirá interpretar, de forma mais cabal, a sua configuração actual e concomitantemente, identificar e compreender as oportunidades e os obstáculos que interferem com a sua transformação.

De salientar que o propósito desta reflexão é, apenas, o de analisar a forma como se estruturaram, ao longo dos últimos anos, os diversos actores presentes no sistema de saúde português, em particular na sua componente dos CSP, dando especial relevo à emergência e aparecimento da contratualização na saúde em Portugal. O sistema de saúde em Portugal sofreu profundas transformações ao longo dos últimos sessenta anos, sendo possível identificar, tendo presente o foco de análise acima referido, três períodos principais na evolução do SNS, como pode ser observado no quadro que se segue (Quadro n.º 5).

Quadro n.º 5: Principais períodos de evolução do SNS

Períodos	Caracterização Geral
1970 – 1984	A emergência e consolidação dos CSP em Portugal.
1985 - 1994	A Regionalização do SNS e novo papel para o sector privado.
Após 1995	A abordagem segundo a NGP para a reforma do SNS.

3.1.1 Período 1970-1984: A emergência e consolidação dos cuidados de saúde primários em Portugal

Até à década de setenta, o Estado português detinha responsabilidades no domínio da saúde pública, mas assumia um papel meramente supletivo na assistência aos doentes. A

responsabilidade pela assistência na doença competia às famílias, às instituições privadas (acessíveis sobretudo aos estratos socio-económicos mais elevados) ou aos serviços médico-sociais da Previdência (vulgo “postos das caixas”, que prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixas de Previdência³²). Pertenciam, então, às instituições particulares – com grande relevo para as Misericórdias, que geriam grande parte das instituições hospitalares e outros serviços de saúde, por todo o país - o principal papel neste domínio.

A situação do sistema de saúde em Portugal, caracterizava-se, nesse período, pela existência de um sistema com uma elevada fragmentação nas estruturas de saúde³³ (baixo nível de integração e concepção do sistema de saúde), com relações de gestão institucional do tipo “comando e controlo”, que, aliado ao baixo nível de financiamento dos serviços públicos de saúde (a despesas com a saúde era de apenas 2,8% do PIB, em 1970), resultava na apresentação de indicadores socioeconómicos e de saúde muito desfavoráveis quando comparados com os de outros países da Europa Ocidental (OPSS, 2001: 11) e (OPSS, 2002: 56). Neste contexto, a cobertura do país em serviços de saúde era insuficiente e o acesso das pessoas aos cuidados de saúde era limitado.

É no início da década de 1970, ainda antes da revolução de Abril de 1974, que surge uma reforma da saúde, conhecida como a “reforma de Gonçalves Ferreira”, materializada no plano jurídico pelos Decreto-Lei 413/71 e Decreto-Lei 414/71, de 27 de Setembro, que se propunha introduzir profundas alterações organizativas, e até mesmo conceptuais, na estrutura do sistema de saúde. Previa-se revalorizar a área de intervenção dos cuidados primários e introduzir uma nova lógica de funcionamento num sistema até então centrado na actividade hospitalar (hospitalocentrismo), complementada pela actividade ambulatoria da Previdência Social (Ferreira, 1989).

Não obstante, observando a evolução histórica do processo encetado, é possível concluir que, apesar do importante conjunto de CS e de serviços centrais e distritais coordenadores da prevenção, promoção da saúde e atendimento a grupos de risco, então criados, os efeitos práticos

³² A Federação das Caixas de Previdência, tida como o primeiro serviço de cuidados médicos de âmbito nacional, foi criada com a publicação do Decreto-Lei n.º 35 311, de 25 de Abril de 1946.

³³ De acordo com Sampaio (1981), “o Estado, não querendo assumir a responsabilidade dos cuidados de saúde dos portugueses, permitiu a criação de (...) um grande número de subsistemas independentes, difíceis de coordenar e originando duplicações e guerras de competência e rivalidade, que impediam ou dificultavam a formação de equipas multidisciplinares indispensáveis à redução dos problemas de saúde (...). Como resultado (...) os portugueses tinham vários serviços de saúde de tipo vertical, mal dotados e mal equipados.” (Sampaio, 1981:80).

destas tentativas de reestruturação do sector da saúde, não chegaram a ser muito perceptíveis. Nas palavras de Campos (1984), ao “pretender-se transformar a lei em motor desse processo, verificou-se que os progressos obtidos foram lentos, ficando sempre aquém do desejado” (Campos, 1984: 27). Para este relativo insucesso, segundo este autor, concorreu ainda o facto, dos objectivos da criação de uma rede de CSP nunca terem sido verdadeiramente conhecidos, quanto mais desejados, pelos principais agentes do processo.

Já Carreira (1996), explica esta situação, pela incapacidade demonstrada em proceder-se à integração dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência, permitindo-se, assim, a manutenção de uma estrutura vertical e paralela para os CSP e hospitais.

Entretanto, é na década de setenta que se consolida, em termos europeus, a viragem para uma “nova” saúde pública, cujo núcleo central residia, essencialmente: i) na ampliação, universalização e descentralização da oferta de CSP, de forma a racionalizar os sistemas de saúde e a conter os encargos que estes representavam num contexto de crise fiscal dos estados e de crise “ideológica” do modelo biomédico de produção de cuidados de saúde; e ii) na viabilização da participação dos utentes na promoção da saúde e na adopção de estilos de vida “saudáveis” (Carapinheiro e Côrtes, 2000, p. 260-263).

Este enquadramento, em confluência com os processos de democratização e descolonização³⁴, serviu de pano de fundo à criação do SNS pela Constituição de 1976 (artigos 63.º e 64.º)³⁵ e à Lei do SNS, em 1979 (Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro³⁶). Esta legislação promovia uma política unitária de saúde, com o reconhecimento da natureza social das prestações de saúde e a necessidade de concretização do direito universal, geral e gratuito, à saúde, bem como a salvaguarda incondicional da dignidade humana, do direito à protecção da saúde, da equidade no acesso e na utilização dos cuidados e da solidariedade entre todos os portugueses para garantir

34 Em termos gerais, podemos afirmar, como sustenta (Aguiar, 2000), que a leitura política orientou e modelizou o percurso no sentido do estabelecimento de um Estado Providência, e as especificidades ocorridas no processo de ruptura do sistema político, tais como sejam as nacionalizações, tiveram um impacto na volumetria do Estado, quer por acréscimo das funções de alocador, produtor e redistribuidor de riqueza, quer pela gestão patrimonial, resultante da apropriação dos meios de produção.

35 A nova Constituição da República, de 1976, no seu art. 64.º, reafirma o direito à saúde como um direito fundamental de todos os cidadãos, que deveria ser assegurada com a implementação de um SNS, universal, geral e gratuito.

36 A Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro instituiu o SNS, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o qual apresentava como escopo central “assegurar o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição” (art.º 1.º da Lei n.º 56/79). De acordo com o mencionado diploma, o SNS era “constituído pela rede de órgãos e serviços” aí previstos, os quais, “actuando de forma articulada e sob direcção unificada, gestão descentralizada e democrática”, visavam a “prestação de cuidados globais de saúde a toda a população” (art.º 2.º da Lei n.º 56/79).

aquele direito.

Em suma, a criação do SNS representava uma das principais tentativas de edificação do Estado de bem-estar social. Para tal, o SNS foi dotado de autonomia administrativa e financeira (art.º 18.º, n.º 1), dispondo de “órgãos centrais, regionais e locais” e “serviços prestadores de cuidados primários e serviços prestadores de cuidados diferenciados”, prevendo-se que fosse “apoiado por estabelecimentos de ensino que visavam a formação e aperfeiçoamento de profissionais de saúde” (art.º 18.º, n.º2).

Todavia, como refere o OPSS (2003), as circunstâncias políticas, sociais e económicas presentes aquando a criação do SNS, fizeram com que este incorporasse importantes debilidades fundacionais. Tais debilidades manifestaram-se, no início da expansão das infraestruturas do SNS, na frágil base financeira e ausência de inovação nos modelos de organização e gestão, na coexistência, assumida, entre o financiamento público do SNS e o da “medicina convencionada” e, simultaneamente, numa grande falta de transparência entre os interesses públicos e privados, e na dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, baixa eficiência dos serviços públicos de saúde e na escassa informação sobre a sua qualidade (OPSS, 2003).

Apesar destas fragilidades, a criação do SNS fez parte da democratização política e social do país e produziu, num período de tempo relativamente curto, melhorias significativas nos principais indicadores de saúde, permitiu alcançar uma boa taxa de cobertura da população portuguesa, facilitando, também, o desenvolvimento de uma estrutura de carreiras profissionais para a saúde (OPSS. 2001: 13-14). No que respeita aos indicadores de natureza económico-financeira, estes evidenciaram um aumento significativo das despesas totais com a saúde. De facto, entre 1974 e 1980, foi possível observar um aumento das despesas em saúde (cerca de 40%), tendo-se verificado, porém, que, desde 1981 até 1986, se registou, apenas, um incremento de 10% do investimento em cuidados de saúde (Nunes e Rego. 2002: 20).

Ao nível dos CSP, porque a saúde passa a ser considerada numa perspectiva mais lata pela OMS, por questões de racionalização do sistema e, ainda, pelo início de uma nova carreira médica, (Clínica Geral e Familiar³⁷), procede-se à fusão dos numerosos postos dos ex-SMS (“caixas”) com

37 Em 1982 é criada a carreira médica de Clínica Geral e Familiar (Diploma das carreiras médicas, Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de Agosto).

os “CS de primeira geração”, emergindo os “CS de segunda geração.” Todavia, estes CS continuaram a ser entidades sem personalidade jurídica nem autonomia administrativa e financeira, dependentes de aparelhos administrativos que até então geriam os serviços médico-sociais: as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as Sub-Regiões de Saúde (SRS).

Esta segunda geração de CS herdou das anteriores estruturas todos os recursos e património físico e humano e duas culturas organizacionais distintas. A diversidade de comportamentos e de práticas organizacionais nos diversos centros, evidenciada na descrição de experiências e respostas a questionários diversos, reflectia as influências, de peso variável, das instituições preexistentes e da fragilidade da gestão, apoio e acompanhamento deste processo de mudança (Sakellarides, 1984).

Na prática, de um modo geral, este processo de fusão conduziu a uma maior racionalidade formal na prestação de cuidados de saúde e na optimização de recursos, mas não conseguiu melhorar, pelo menos de forma consistente, algumas das virtudes das componentes anteriores, nomeadamente, a grande acessibilidade a consultas e a visitas domiciliárias oferecida pelos serviços médico-sociais e a programação com objectivos de saúde e procedimentos preventivos e de vigilância de saúde normalizados, que caracterizavam as actividades dos CS, com sucessos objectivados em diversas áreas, nomeadamente, na área materno-infantil (Sakellarides, 1984).

Em suma, o modelo organizativo dos CS de segunda geração, tendo permitido a afirmação da identidade das diversas linhas profissionais, em especial da carreira médica de clínica geral, mostrou-se, de certo modo, desajustado em relação às necessidades e expectativas dos utentes e das comunidades (Ramos, 1995). Para Ramos (1995), este modelo organizativo, acrescido ao normativismo e tutela centralista distante das SRS e das ARS, contribuiu para a insatisfação, exaustão e desmotivação de muitos dos seus profissionais de saúde.

3.1.2 Período 1985 – 1994 – O novo papel para o sector privado e a regionalização do Serviço Nacional de Saúde

As crises económicas dos anos setenta, bem como a emergência do neoliberalismo, foram determinantes para o fim de um período de considerável crescimento económico e de rápida expansão dos sistemas de protecção social na Europa.

No sector da saúde, manifestaram-se, fortemente, os pontos de vista a favor do fortalecimento dos mecanismos de mercado nos sistemas de saúde europeus, nomeadamente, através do aumento do financiamento privado, da separação entre o “financiador” e o “prestador” de cuidados de saúde e de mecanismos de competição e de mercado no sistema prestador e maior peso do sector privado na prestação de cuidados de saúde (OPSS, 2006: 35).

Em Portugal, as decisões oscilaram entre a adopção de medidas caracterizadoras de um SNS de natureza predominantemente pública, e de medidas de revalorização do sector privado, concretizadas, por exemplo, nos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, sobretudo em áreas com uso intensivo de tecnologias de ponta, ou, ainda, por exemplo, a prestação de cuidados de saúde na área da diálise a doentes insuficientes renais crónicos, cujo “mercado” é, ainda hoje, detido em mais de 90% pelas unidades do sector privado (ERS, 2006). De notar que, é na década de oitenta, que as transferências de verbas do SNS para o sector privado têm um acréscimo significativo, atingindo em 1989, 29,2% das despesas do SNS (Nunes e Rego, 2002).

A revisão constitucional de 1989, a publicação da Lei de Bases da Saúde de 1990 e a aprovação do Estatuto do SNS, através da publicação do Decreto-Lei n.º 11/93, enformam o travejamento jurídico que viabilizava a prestação de cuidados por outros entes públicos ou privados (com ou sem fins lucrativos), para além do sector público, garantindo ao Estado Português a possibilidade de celebrar acordos e convenções com entidades privadas para esse fim. Pretendia-se, assim, dar corpo ao “sistema de saúde português”, constituído pelo SNS e por todas as entidades que desenvolviam a promoção, a prevenção e o tratamento na área da saúde e, ainda, todas as actividades privadas e profissionais liberais que acordassem com o SNS a prestação de alguma daquelas actividades à população (como decorre do n.º 1 da Base XII, da Lei de Bases da Saúde)³⁸.

A Lei de Bases da Saúde estipulava, ainda, que a gestão das unidades de saúde deveria obedecer, tendencialmente, a regras de gestão empresarial (Base XXXVI), conferindo-se aos serviços centrais do Ministério da Saúde, serviços da administração directa do Estado, o exercício

38 Ainda no n.º 3 da Base I da Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde) estipula-se que “a promoção e a defesa da saúde pública são efectuadas através da actividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela actividade.”

de funções de regulamentação, orientação, planeamento, avaliação e inspecção em relação ao SNS (Base VI).

Com esta Lei, promove-se uma alteração importante, mas de alguma forma já esperada, no papel do Estado na saúde, que deixa de ser o seu único financiador e prestador, passando a constituir-se, sobretudo, como regulador dos diversos intervenientes no sistema.

Os anos oitenta conheceram, ainda, o fenómeno da descentralização/desconcentração da saúde, através da criação de dezoito Administrações Regionais de Saúde, coincidentes com os distritos³⁹, as quais coordenavam, principalmente, a actividade dos CS, mas que, tal como ainda hoje, tinham pouco poder de intervenção.

Mas, uma medida crítica deste processo de descentralização foi, sem dúvida, a implementação em Portugal da ideia de contratualização. Procurou-se transferir o centro de decisão da esfera técnico/política das estruturas de planeamento central para a esfera (quase) contratual entre os agentes, transferência essa que configura a tentativa de criação de um quase-mercado (LeGrand e Bartlett, 1993), característico dos países com modelos de base de tipo Beveridge, uma vez que se mantiveram os prestadores dentro da esfera jurídica da administração pública. No fundo, trata-se de uma primeira tentativa para inverter os paradigmas tradicionais de gestão do sistema de saúde: a passagem de uma gestão através da hierarquia para uma gestão por contratos, esta assente na responsabilização das instituições de saúde pelo incumprimento dos resultados previstos por objectivos previamente definidos e contratualizados com o Estado. Esta alteração, enquanto marco importante no distanciamento do Estado em relação aos pressupostos ideológicos que o Estatuto do SNS aglutinava, aplicou-se, primeiramente, nos hospitais, materializando-se em vários domínios: na transferência da responsabilidade pela promoção e defesa da saúde para o cidadão,

³⁹ Mais tarde, como veremos o Decreto-Lei n.º 11/93, veio extinguir as anteriormente existentes ARS (art.º 3.º), criando cinco novas Administrações Regionais de Saúde, correspondendo cada uma a uma região de saúde (art.ºs 6.º e 4.º do Estatuto do SNS aprovado pelo mencionado Decreto-Lei): ARS do Norte, com sede no Porto e abrangendo os distritos de Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real; ARS do Centro, com sede em Coimbra e com área coincidente com a dos distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu; ARS de Lisboa e Vale do Tejo, com sede em Lisboa e abrangendo os distritos de Lisboa, Santarém e Setúbal; ARS do Alentejo, com sede em Évora e com área coincidente com a dos distritos de Beja, Évora e Portalegre; e ARS do Algarve, com sede em Faro e abrangendo o distrito de Faro. As novas ARS têm personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e património próprio (art.º 6.º, n.º 2 do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93 e art.º 1.º, n.º 1 do Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de Setembro). Incumbem às ARS funções de planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de actividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com as políticas superiormente definidas (art.º 2.º n.º 1 do Decreto-Lei n.º 335/93), devendo salientar-se de entre as suas atribuições as de participar no planeamento e execução dos projectos de investimento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde e de coordenar as actividades das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde integrados no SNS (art.º 2.º, n.º. 2, al.ª g) e h) do Decreto-Lei n.º 335/93).

no reconhecimento da importância das entidades privadas e profissionais liberais como parte integrante do sistema de saúde, na consagração do princípio de gestão empresarial das unidades de saúde, no incentivo à separação entre financiamento e prestação e à concretização de experiências inovadoras de administração de serviços, com base nos contratos de gestão (Campos, 1996).

É neste contexto que é aprovada a Lei de Gestão Hospitalar (Lei 19/88), cuja grande alteração no modo de funcionamento dos hospitais foi a institucionalização dos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI's). Estes centros são apresentados como uma nova estrutura organizacional e, simultaneamente, como um novo modelo de gestão intermédia, situado entre os Conselhos de Administração e os serviços, mas apenas foram objecto de escassos exemplos de implementação.

De referir, ainda, que é também nos finais da década de oitenta que se introduzem alterações na fórmula de financiamento dos hospitais, com a implementação de um novo modelo de distribuição de recursos para o internamento hospitalar, no qual os orçamentos hospitalares são calculados, em parte, através da produção medida em Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH's⁴⁰) (Urbano et al., 1993)⁴¹.

3.1.3 Período após 1995 - A abordagem segundo a “NGP” para a reforma do Serviço Nacional de Saúde

Ao período liberalizante dos anos oitenta e princípios dos anos noventa, sucede-se, na Europa, um outro, no qual uma das ideias predominantes é a de melhorar a administração pública na saúde – dar maior flexibilidade e capacidade de inovação à administração pública, tornando-a mais empresarial, recentrar os serviços no cidadão/cliente, substituir uma gestão dos recursos para uma gestão de resultados.

40 De acordo com Bentes (1996), os GDH são agrupamentos de doentes internados em hospitais de agudos em classes clinicamente coerentes e homogêneas do ponto de vista de recursos. Estas classes são definidas a partir de elementos demográficos (idade e sexo) e clínicos (diagnósticos, intervenções cirúrgicas e destino após a alta) que caracterizam os doentes tratados e que explicam os custos associados à sua estadia no hospital.

41 Procurando-se, assim, abandonar o modelo retrospectivo, caracterizado pela atribuição de subsídios com base nas despesas do ano anterior e os acréscimos das verbas do SNS.

Torna-se, por um lado, premente a necessidade de reformular profundamente os aparelhos que gerem os regimes de bem-estar, e por outro, é cada vez mais evidente o facto de o sistema de saúde não poder ser gerido, nem como uma “descomunal burocracia, nem como um mero negócio (apesar de conter domínios abertos à concorrência e ao mercado) ” (OPSS, 2001:19).

Ao nível dos CSP, avaliações sucessivas tinham identificado os principais problemas com que o sistema se confrontava, nomeadamente, as dificuldades na acessibilidade do utente ao seu médico de família; uma oferta de cuidados de saúde desadequada em termos de horários, de marcações e de tempos de espera no CS; a prática de uma medicina designada como “defensiva”, traduzida no recurso “excessivo” à prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) e medicamentos, bem como falta de evidência na adesão a orientações técnicas; a desmotivação e insatisfação dos profissionais, em particular dos clínicos gerais, referidas ao regime remuneratório e às condições de trabalho; a falta de instrumentos de gestão adequados, nomeadamente de um bom sistema de informação que incluía um módulo clínico; o mal-estar para utentes e CS, resultante da deficiente articulação com os Hospitais e a dificuldade em assegurar a todos a continuidade dos cuidados, de forma integrada (Direcção-Geral da Saúde, 2004).

Assim, ao nível dos CSP, em 1996/97 iniciam-se os projectos “Alfa”, na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, que pressupunham a constituição de uma equipa multiprofissional, um compromisso (projecto) escrito de acção, com objectivos concretos, aceite livremente pela equipa proponente, e acordado com a administração, e ainda condições de instalação e equipamento adequadas à prossecução do projecto.

Outra das experiências inovadoras na gestão dos CSP em Portugal, consistiu no denominado “Projecto Tubo de Ensaio”, que à semelhança das Fundholdings do Reino Unido, possibilitou a um CS a gestão global dos cuidados estendidos a uma determinada população, mediante uma capitação, abarcando todos os custos operacionais da instituição, nomeadamente os custos com o pessoal, mas também os gastos com medicamentos e com os meios complementares de diagnósticos e terapêutica prescritos.

Para Branco e Ramos (2001), todos estes projectos foram um primeiro impulso para descongelar o “monólito burocrático do SNS” e libertar as ideias e iniciativas já latentes no

terreno, “ao espírito criativo, à ousadia inovadora e à tenacidade de pequenos grupos de profissionais, permitindo-lhes criar novos modelos de trabalho em grupo e em equipa” (Branco e Ramos, 2001:7). Tal parece ter permitido a experimentação de modalidades diferenciadas de remuneração dos profissionais que intervêm nos CSP, dos quais se destaca o Regime Remuneratório Experimental (RRE) em clínica geral. Tratava-se de uma modalidade remuneratória médica associada à quantidade de trabalho e qualidade do desempenho profissional⁴², assente numa capitação ajustada (doentes inscritos na lista, por sexo e por idade), ponderada por um número seleccionado de factores de desempenho.

Outro aspecto relevante deste projecto consistia na necessidade de elaboração de um plano de acção que se afigurava como um instrumento fundamental de contratualização e gestão. Este instrumento devia explicitar os compromissos do RRE quanto à prestação de cuidados, de desenvolvimento profissional e de cooperação interdisciplinar dos profissionais, bem como comportar a explicitação dos critérios e estratégias para a utilização preferencial das capacidades instaladas a nível do sistema local de saúde e os critérios de garantia de qualidade e custo-efectividade dos cuidados a prestar, nomeadamente através da utilização de formulários por patologias e de MCDT's. O plano de acção constituía, assim, num factor crítico da adesão e do arranque da experiência, pois exigia-se ao RRE um salto qualitativo em termos de planeamento e gestão corrente.

Para além deste modelo e dos compromissos de intersubstituição e complementaridade, como regra de organização interna das equipas, mas também como compromisso face aos utentes, previu-se, ainda, a eventual necessidade de prestação de serviços fora do âmbito do RRE.

Todos estes projectos, amplamente avaliados quer internamente, quer por entidades exteriores, foram tema para trabalhos e dissertações académicas, conduzindo à penetração de “novas” ideias, muitas inspiradas no sector privado, relativamente à necessidade de autonomia dos CS (estatuto), decorrente da complexificação da sua estrutura interna, ao desenvolvimento do sistema de informação (SINUS), entendido como condição *sine qua non* de uma gestão eficiente dos CSP, à valorização dos profissionais, particularmente dos clínicos gerais, à necessidade de

⁴² Aprovada pelo Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio.

integrar os serviços de saúde (Hospitais, CS e outros prestadores de cuidados) e de associar a remuneração à produção (Direcção-Geral da Saúde, 2004).

Ainda no âmbito deste processo de mudança estratégica e político-normativo, foram adoptadas experiências de organização e gestão no sector da saúde, de que se destacam: a criação de uma Rede de Cuidados Integrados (Cuidados Continuados)⁴³, a integração a nível local, com o avanço de Sistemas Locais de Saúde, de que é exemplo a Unidade Local de Saúde de Matosinhos⁴⁴ e a criação dos CS de terceira geração.

A expressão maior da liberalização do sector materializou-se, provavelmente, na empresarialização⁴⁵ de 31 hospitais, que foram transformados em sociedades anónimas (SA) de capitais exclusivamente público, mas também o estabelecimento de Parcerias Público/Privado (PPP) para a construção de dez hospitais e a alteração da gestão dos restantes hospitais do sector público (SPA)⁴⁶.

É durante este período que, em Portugal, a integração de cuidados⁴⁷, enquanto movimento de reforma do sistema de saúde, dá os primeiros passos, merecendo particular destaque a constituição da primeira Unidade Local de Saúde (ULS), em Matosinhos. Esta ULS baseava-se num modelo de organização, que integrava, numa única entidade pública, de tipo empresarial, a gestão de várias unidades de saúde (hospital e CS) de uma região, tendo em vista a optimização da capacidade de resposta dos serviços⁴⁸.

43 Despacho Conjunto n.º 7/98, de 11 de Junho.

44 O Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio, veio fixar o regime jurídico dos Sistemas Locais de Saúde a criar por portaria do Ministro da Saúde, sob proposta dos conselhos da ARS respectiva, ouvidas as autarquias locais (art. 5º, n.º 1). Nos termos do n.º 1 do art. 2º do mesmo Decreto-Lei, "Um SLS é constituído pelos CS, hospitais e outros serviços ou instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção, directa ou indirecta, no domínio da saúde, numa determinada área geográfica de uma região de saúde", competindo-lhe "assegurar, no âmbito da respectiva área geográfica, a promoção da saúde, a continuidade da prestação de cuidados e a racionalização da utilização dos recursos." Com uma filosofia semelhante à dos SLS, complementada pelo conceito de gestão empresarial, foi criada a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, através do Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de Junho, que a define como "estabelecimento público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial, que integra o Hospital de Pedro Hispano e os CS de Matosinhos, da Senhora da Hora, de São Mamede de Infesta e de Leça da Palmeira."

45 Este termo pretende traduzir a expressão inglesa *corporatization*.

46 A empresarialização (transformação dos hospitais em empresas estatais) e a privatização (delegação de actividades para o sector privado) são todas iniciativas que procuram reduzir o controlo directo do Estado sobre os hospitais e expô-los a incentivos de mercado ou quase-mercado (Hading e Preker, 2003).

47 A este propósito, como sublinham Santana e Costa (2008), convém não confundir integração de serviços com integração de cuidados de saúde. Assim, enquanto no primeiro caso referimo-nos à integração da gestão num conselho de administração único (tradicional), que o mesmo é dizer-se, a integração/unificação da gestão operacional e organizacional do hospital e dos CS envolventes, no segundo a integração de cuidados exige uma gestão estratégica "externa" a ambos os níveis de cuidados que procederá à identificação de necessidades em saúde de âmbito regional/local, determinará as necessidades em produção de actos de saúde adequados para a resposta a essas necessidades em saúde e, seguidamente, contratualizá-las-á com a gestão operacional do hospital e dos CS, de acordo com as capacidades neles instaladas, procedendo-se a uma alocação financeira, previamente determinada (prospectiva), para cada um dos níveis de cuidados.

48 Este movimento foi retomada em Fevereiro de 2008, com a constituição da ULS do Norte Alentejano e, em Setembro de 2008, as do Alto Minho, Baixo Alentejo e Guarda. Actualmente, a integração de cuidados de saúde constitui mesmo uma das estratégias de reorganização da oferta

Para Santana e Costa (2008), a integração de cuidados, apesar de não se tratar de uma opção estratégica consensual, nem permitir uma operacionalização linear, tem merecido, nas últimas décadas, um interesse crescente por parte de prestadores, pagadores, analistas, políticos (Devers et al., 1994; Brown e McCool, 1986 citados em Santana e Costa, 2008). Estes enfatizam as suas potencialidades, sobretudo na sua dimensão estrutural vertical, ao permitir uma focalização na “criação de valor” para o utente e necessariamente na concentração do desenvolvimento das actividades nas fases primárias da doença. Por outro lado, o seu poder de “mercado”, baseado numa estrutura ampliada com maior poder de intervenção, parecia poder traduzir uma vantagem negocial face aos parceiros externos, sobretudo fornecedores (condições mais vantajosas) (Brown e McCool, 1986; Foreman e Roberts, 1991; Wheeler et al., 1999; Wan, Lin e Ma, 2002, citados em Santana e Costa, 2008: 46). A redução dos custos de transacção, quer na vertente do esforço dispendido na comunicação externa de cada nível produtivo, quer na vertente em que são evitadas ou eliminadas as transferências (etapas) entre níveis de cuidados, aliada à redução dos actos e procedimentos desnecessários ao longo do processo de produção, são consideradas como das justificações mais salientes das estruturas integradas.

É, também, neste período, que o processo de contratualização ganha novo fôlego, com a constituição das Agências de Contratualização, inicialmente designadas de Acompanhamento⁴⁹, tendo sido aí definidas como “uma instância de intervenção no sistema, na qual estão representados o cidadão e a administração”, com a missão de “explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade, promovendo uma utilização eficiente e eficaz dos recursos públicos afectos à prestação de cuidados de saúde.”⁵⁰ O mesmo diploma legal previa, ainda,

“A introdução de instrumentos de contratualização e de separação progressiva entre financiador e prestador, através da instalação e desenvolvimento das Agências de Acompanhamento dos serviços de Saúde como garantes de que a produção dos serviços de

de cuidados de saúde, conforme se pode comprovar pelas intenções manifestadas em sede de programa de governo (XVII), que prevê o “desenvolvimento de experiências de financiamento global, de base populacional, por capitação ajustada, integrando cuidados primários e hospitalares, numa linha de Unidades Integradas de Saúde, respeitando a autonomia e a cultura técnico-profissional de cada instituição envolvida”. (Presidência do Conselho de Ministros, 2005).

49 Despacho Normativo nº 46/97 de 8 de Julho de 1997.

50 Idem.

saúde é otimizada face aos recursos públicos atribuídos e compatível com os novos padrões de necessidades de saúde e expectativas dos cidadãos e utentes.”⁵¹

Este assunto será explanado de forma mais pormenorizada, no capítulo terceiro deste trabalho, no ponto 3.2.4.

Relativamente aos CS de terceira geração, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, que estabelecia um novo regime para a constituição, organização e funcionamento dos CS⁵² e das associações de CS, consagrando, também, uma matriz organizativa com base em unidades de saúde familiares (USF), os mesmos deveriam ser dotados de personalidade jurídica, de autonomia administrativa e financeira⁵³, organizando-se,

“Em unidades funcionais, com autonomia técnica, funcionalmente ligadas entre si, permitindo uma organização de trabalho em pequenos grupos multiprofissionais, funcionando em rede, favorecendo a proximidade, a acessibilidade ao cidadão e aproximando o local da decisão do da acção”⁵⁴.

No entanto, nestas como noutras circunstâncias, como salienta o relatório do OPSS (2001),

“A não atribuição de prioridade política à reforma da saúde tem consequências relativamente claras - indisponibilidade para atribuir à saúde maior prioridade na distribuição dos recursos financeiros do Orçamento Geral do Estado e indisponibilidade para correr riscos políticos com o aumento de tensões e confrontações que inevitavelmente estão associadas a reformas desta natureza” (OPSS, 2001: 15).

Assim, na prática, os CS não chegaram a ser objecto de qualquer reestruturação, contrariando o disposto no n.º 1 do art. 56º do Decreto-Lei n.º157/99, que estabelecia um prazo máximo de três anos para que tal reestruturação se concluísse.

51 Idem.

52 De 1982 até 1999 vigorou o Despacho Normativo 97/83 – o Regulamento dos CS, documento que por via da sua não actualização, veio a tornar-se absolutamente obsoleto.

53 Não obstante, o próprio diploma reconhecia, no seu preâmbulo, que “(...) o processo de reestruturação dos CS não pode ser universal nem uniforme, devendo antes fazer-se de modo progressivo, flexível e consensual, optimizando os recursos disponíveis, designadamente através da criação de serviços comuns a vários CS.”

54 Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio.

Optou-se, então, pela revogação da regulamentação jurídica dos CS de terceira geração⁵⁵, que, como vimos, apesar de estar em vigor desde 1999, não chegou a ter efeitos práticos em termos de aplicação. Um novo texto normativo foi aprovado, consagrando um modelo organizacional e de gestão com filosofias substancialmente diversas do anterior Decreto-Lei – o Decreto-Lei da Rede de Cuidados de Saúde Primários (Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril). Porém, a entrada em vigor deste novo diploma ficou condicionada à constituição da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), facto que só se veio a verificar com a publicação em Diário da República do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, pelo que de 1999 e 2003 viveu-se de facto, num “vazio legal.”

Em finais de Fevereiro de 2004, foram nomeados os primeiros directores de CS com base no Decreto-Lei n.º 60/2003 e iniciou-se um processo de fusão de CS, limitado, em algumas áreas urbanas.

Em 2005, é criado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 86/2005, de 7 de Abril, o grupo técnico para a reforma dos CSP, o qual assume como missão para os CSP contribuir para a melhoria continuada da qualidade dos cuidados de saúde – acessíveis, adequados, efectivos, eficientes e respondendo às expectativas dos cidadãos e dos profissionais: melhores cuidados e melhor saúde.

Este grupo de trabalho elaborou o documento “Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos CSP” (Ministério da Saúde, 2005), no qual, para além de explicitar propostas de medidas em oito áreas⁵⁶, preconizava a criação de um Grupo de Missão “com o propósito de conduzir o projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos CS e implementação das USF.”

Na verdade, no período em análise, as USF talvez possam ser consideradas como a face mais visível do processo de reforma dos CSP portugueses. Aposta-se na organização dos CS por pequenas equipas multiprofissionais, com carácter estrutural, com lideranças descentralizadas, com contratualização de compromissos de desempenho (em áreas como a da acessibilidade,

⁵⁵ Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio.

⁵⁶ Nomeadamente, a reconfiguração e autonomia dos CS, a implementação de USF, a reestruturação dos Serviços de Saúde Pública, outras dimensões de intervenção na comunidade, a implementação de ULS, o desenvolvimento dos recursos humanos, o desenvolvimento dos Sistemas de Informação e a mudança e desenvolvimento de competências (Ministério da Saúde, 2005).

continuidade, qualidade técnico-científica, efectividade, eficiência, produtividade e satisfação), com responsabilização, avaliação sistemática e incentivos ao comportamento eficiente. Os profissionais são remunerados segundo um sistema composto por uma componente fixa e uma componente variável, esta dependente da produtividade e qualidade das prestações, à semelhança do Regime Remuneratório Experimental dos médicos de família.

As primeiras candidaturas surgiram em Março de 2006, e, no final desse mesmo ano, iniciou o seu funcionamento um número significativo de unidades de saúde, organizadas já segundo a nova filosofia de prestação de cuidados e de organização interna.

Para Biscaia (2006: 69), esta reforma dos CSP coloca múltiplos desafios à cultura das organizações de saúde em Portugal, não só a patente (aquela que é visível – estrutura, processos, estratégias, objectivos), mas principalmente a latente (o chamado inconsciente organizacional – as crenças, as “certezas fundamentais”, os conflitos reprimidos...) ⁵⁷.

Até que ponto a reforma actualmente pensada para os CSP pode encontrar eco na cultura latente dos profissionais dos CSP portugueses e, assim, desencadear a motivação e criatividade para a colocar em prática constitui ainda uma incógnita que, para ser desvendada, terá de ser equacionada em estudos posteriores sobre o campo de actuação.

No plano da regulamentação jurídica, podemos afirmar que esta tem sido uma reforma sustentada numa produção legislativa abundante. Na verdade, em 16 de Fevereiro é publicado o Despacho Normativo n.º 9/2006 onde consta, como anexo, o Regulamento para lançamento e implementação das USF. Posteriormente, o Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto veio estabelecer o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem (aplicável a todos os modelos de USF), bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de Modelo B. Mais tarde, a 22 de Outubro de 2007, o Despacho n.º 24101/2007 vem definir três modelos de organização das USF, A, B e C, de acordo com o grau de autonomia funcional, diferenciação de modelo retributivo e patamares de contratualização. Mais recentemente, foi publicada a Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril, que regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos

⁵⁷ Na terminologia adoptada por Mariotti, H. (2000), citado em Biscaia (2006).

institucionais e financeiros às USF e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efectividade e qualidade dos cuidados.

Uma análise da reforma em curso, efectuada pelo OPSS (2007), aponta-lhe vários aspectos positivos, tais como: a repetição das medidas da reforma como uma prioridade política; o facto de a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) conduzir a reforma estrategicamente, disponibilizando informação e monitorizando a execução; a procura de evidência e fundamentação das medidas adoptadas; a abordagem bottom-up, o que facilita a adesão dos profissionais; a promoção de autonomia; a orientação da prestação com vista ao cumprimento da governação clínica; o desenvolvimento de um modelo de contratualização por indicadores; a adesão voluntária dos profissionais às equipas; a promoção do trabalho em equipa; o aumento do acesso e redução do número de utentes sem médico de família; o início do desenvolvimento dos sistemas de informação; a criação das equipas regionais de apoio com o objectivo de articulação entre a MCSP e as ARS's; e a criação de uma base de dados de indicadores para monitorização do desempenho, a nível nacional.

Como aspectos negativos ou constrangimentos a ultrapassar, a análise do OPSS (2007) salienta: a não explicitação de um orçamento dirigido à execução da reforma; os atrasos verificados nas acções das ARS's; os problemas ao nível da Rede Informática da Saúde (RIS); o fecho das urgências antes da implementação prática do Serviço Básico de Urgência e consequente falha na explicitação de objectivos ao público; a ausência de investimento na procura de novos médicos de família; a ausência de captação de médicos de saúde pública; e as desigualdades geográficas em termos de candidaturas e abertura de USF's.

3.2 A Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

3.2.1 O conceito de Cuidados de Saúde Primários

No sector da saúde são habitualmente reconhecidos três níveis de prestação de cuidados de saúde, conforme o quadro 6, a seguir.

Quadro 6: Tipologia ou categorização de cuidados de saúde

Nível de prestação	Primária	Secundária	Terciária
Tipo de cuidados	Gerais	Especialistas	Continuados
Unidades funcionais	CS	Hospitais	Unidades de Cuidados Continuados
Natureza dos serviços	Pré-agudos	Agudos	Pós-agudos
Níveis de utilização	Cuidados de primeira linha	Cuidados de segunda linha	

Ao nível dos CSP, a Declaração de Alma-Ata⁵⁸ atribuiu a este nível de cuidados, o papel de elemento-chave de qualquer sistema de saúde, apresentando-os como os cuidados de primeiro contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde. Em função do seu relativamente baixo custo, e da maior facilidade com que podem ser fornecidos (em comparação com os cuidados de saúde especializados e de internamento), constituem, se estiverem distribuídos adequadamente, a forma mais importante de cuidados de saúde para a manutenção da saúde da população e para a prevenção da progressão de doenças a uma escala ampla. Neste sentido, propõe-se que os cuidados primários sejam sustentados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação⁵⁹.

Barbara Starfield (1998) identifica quatro elementos estruturantes para este nível de cuidados: cuidados de primeiro contacto e porta de entrada no sistema (first contact care and gatekeepers);

58 Declaração resultante da Conferência Internacional sobre CSP, patrocinada pela Organização Mundial de Saúde e pela UNICEF, destinada a evidenciar a importância dos cuidados primários, bem como a realçar o seu carácter imprescindível em qualquer sistema de saúde foi realizada em 12 de Setembro de 1978, na cidade de Alma-Ata, Casaquistão (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf).

59 Idem.

longitudinais, na medida em que se afigura como o elemento estrutural pelo qual a população e cada indivíduo identificam uma fonte de cuidados de saúde regular, independentemente do tipo de problema, e os profissionais ou unidades identificam a sua população elegível; compreensivos (globais, holísticos); devem garantir a coordenação/integração (com os restantes níveis de cuidados).

O conceito actual de CSP apresenta-os como cuidados de saúde essenciais e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, tendo por vocação tratar dos principais problemas de saúde dessa comunidade, e englobando acções de promoção da saúde, de prevenção, de cuidados curativos, de reabilitação ou de fim de vida.

Nos países europeus, a ênfase do primeiro nível de assistência reside na clínica e nos cuidados individuais, sejam estes preventivos ou curativos. Em geral existe um consenso alargado acerca da atenção primária, a qual parece poder constituir a base de um sistema de saúde bem desenhado, capaz de orientar a organização do sistema como um todo.

De acordo com relatórios recentes da OMS (2007, 2008), os sistemas de saúde mais orientados para os cuidados primários, desde que, como refere Atun (2004), norteados pelos princípios de capacidade de resposta dos cuidados primários às necessidades das pessoas, da orientação para a qualidade, da responsabilidade dos governos, da justiça social, da sustentabilidade, da participação e da transversalidade sectorial, demonstram melhor desempenho (ao nível da saúde da população, equidade, acessibilidade, continuidade de cuidados, relação custo-benefício e satisfação dos cidadãos), quando comparados com os sistemas assentes nos cuidados diferenciados hospitalares.

Nos discursos políticos e nos diversos documentos oficiais definidores das linhas de orientação estratégica de acção no plano da saúde em Portugal, os CSP sempre foram mencionados como a base do sistema de saúde e uma prioridade política. Em Portugal, os CSP efectivam e concretizam, num primeiro patamar, o “direito à protecção da saúde” consagrado no n.º 1 do art. 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP).

Na verdade, como já referimos, o n.º 1 da Base XIII da Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, faz assentar o sistema de saúde “nos CSP, que devem situar-se junto das comunidades.” Ora, a prestação destes CSP abrange duas grandes vertentes: ao Estado cumpre garantir a saúde pública, orientada para o tratamento, diagnóstico e intervenção sobre factores que condicionam a saúde das populações; e a Medicina Geral e Familiar, vertente que se

estuda aqui, ser vocacionada para a prestação de cuidados personalizados e continuados a um conjunto de indivíduos e de famílias.

3.2.2 As unidades prestadoras de Cuidados de Saúde Primários, os seus profissionais e a sua relação com os níveis central, regional e sub-regional do Ministério da Saúde

Como vimos antes, as estruturas através das quais são prestados os CSP variam muito entre os países, reflectindo diferentes opções históricas sobre o papel da saúde pública, a necessidade de “dirigir” o acesso aos hospitais, passando por opções quanto à propriedade, ao financiamento dos sistemas de saúde, às formas de organização da classe médica, etc.

Actualmente, a prestação de CSP em Portugal, na vertente medicina geral e familiar, é garantida, no essencial, pelos CS⁶⁰, que constituem a base do sistema de saúde, e que, enquanto tal, pautam a sua actuação pela proximidade às comunidades locais. Nesta medida, CSP contrapõem-se aos cuidados secundários ou especializados, assegurados designadamente pelos hospitais.

Neste quadro, atendendo à obrigação constitucional de garantir a efectivação do direito à protecção da saúde, os CS integram o conjunto das “instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde”, isto é, pertencem ao SNS, tal como definido pelo n.º 2 da Base XII da Lei de Bases da Saúde.

Desta forma, como vimos, os CSP estão abrangidos pela universalidade, generalidade e tendencial gratuitidade a que alude a alínea a) do n.º 2 do art. 64.º da CRP, enquanto concretização do direito de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde. É nesta medida que, por exemplo, todos os cidadãos têm direito à inscrição num CS, livremente escolhido, e que o recurso aos cuidados de saúde prestados naquelas instituições obriga apenas ao pagamento das correspondentes taxas moderadoras, com excepção das situações de isenção, legalmente previstas.

Em Portugal existiam, segundo dados do Sistema de Registo de Entidades Reguladas (SRER) da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), em Junho de 2008, 3.582 estabelecimentos com

⁶⁰ E desde 2006, pelas USF.

prestação de CSP (definidos como estabelecimentos com a especialidade de Medicina Geral e Familiar), sendo destes 60% de natureza pública, 38% de natureza privada e 3% de natureza social (ERS, 2009). O acesso aos CSP do SNS faz-se em condições significativamente diferentes do acesso aos prestadores privados, uma vez que, por via do financiamento público, uma grande barreira potencialmente limitadora do acesso, o pagamento, está presente nos serviços do SNS apenas de forma residual. Para aceder aos CSP públicos em consultas programadas, um utente do SNS apenas pagará a taxa moderadora (que desde 1 de Fevereiro de 2009 se fixa nos €2,20, segundo a Portaria n.º 34/2009 de 15 de Janeiro e da qual é possível obter isenção em determinadas situações).

Como sublinha Cabral (2005), a menor dimensão e diversidade de actividades dos CS origina, à partida, algumas diferenças (na estruturação e comportamento) em relação aos hospitais, podendo, desta forma, explicar, ainda que parcialmente, o reduzido grau de cobertura da contratualização com os CS, na década de noventa, quando comparada com a experiência com os hospitais. Assim, a menor autonomia dos CS em relação às ARS (a contratação deixando de ter o objectivo maior) e a dificuldade em constituir os CS como “centros de custo” foram, para o referido autor, motivos importantes susceptíveis de explicar tais diferenças. Por outro lado, “sem capacidade de decisão, os CS dificilmente conseguem dialogar e contratar com os hospitais formas de complementaridade, de cooperação e de parcerias, numa base de capacidade negocial equitativa” (Cabral, 2005: 133).

As diferenças substanciais existentes em termos das culturas sócio-técnicas e organizacionais em ambas as instituições (CS e hospitais) são apontadas, como já tivemos oportunidade de referir, como uma das principais dificuldades sentidas nos processos de integração vertical de cuidados.

Relativamente à estrutura organizacional das principais unidades prestadoras de CSP em Portugal, Cabral (2005) defende que a estrutura base do CS representa uma solução híbrida entre a “burocracia profissional”⁶¹ (estrutura dominada pela organização técnica do trabalho) e a “burocracia mecanicista” (standardização de uma boa parte dos procedimentos – o atendimento ao público para as funções “oficiais” do Médico de Família (MF): atestados, prescrições e exames laboratoriais de rotina, etc.).

61 De acordo com a classificação proposta por Mitzberg (1999).

De facto, a imagem, provavelmente apenas a imagem superficial, de boa parte do trabalho desenvolvido num CS, reveste a forma do cumprimento de um conjunto de normas. Como refere Cabral (2005: 120), é na consulta que os médicos de família, “atestam” as diversas titularidades dos utentes (principalmente os de menor condição económica), permitido-lhes reduzir os seus custos directos, confirmando os regimes de isenção para custos de medicamentos, requisitando transporte para se deslocar a fazer um TAC, etc. Por sua vez, os médicos de saúde pública, ao fazerem a fiscalização de condições higiénicas de estabelecimentos, vigilância de riscos de poluição ambiental, etc., aplicam métodos e parâmetros estabelecidos em normas. Mas, esta normatização pode estender-se mesmo à actividade de prestação de cuidados médicos.

O corpo de profissionais médicos é, regra geral, pequeno, e da mesma especialidade. Apesar de, formalmente, cada CS ter uma direcção, cada médico de família atende com bastante discrição os doentes da sua lista. Ao invés, num hospital, é aceite que o chefe de serviço distribua tarefas entre os membros (médicos) da sua equipa. A mesma figura de chefe de serviço, num CS, raramente interfere com a autonomia de cada médico na atenção à sua lista de utentes⁶², sendo, por isso, “provável que a estratégia da organização resulte, essencialmente, do somatório das estratégias individuais dos profissionais” (Cabral, 2005: 120).

Os cuidados médicos são prestados por um só médico, a cada utente. A maioria dos CS não dispõe, internamente, de meios complementares de diagnóstico e terapêutica: as capacidades disponíveis limitam-se à realização das consultas (incluindo em urgência ou consulta aberta), ao secretariado para a realização destas, e algum apoio de enfermagem. Os inputs e serviços intermédios, ligados a cada cuidado médico, são pouco diversificados, resumindo-se, essencialmente, ao registo de pedidos e dos actos médicos e das requisições de serviços do exterior.

Aquando da realização da primeira experiência de contratualização com os CS na década de noventa, na maior parte dos CS, a administração financeira, de aprovisionamento e de recursos humanos era realizada nos serviços sub-regionais de saúde. Com alguma variação regional, as ARS

⁶² Mintzberg (1999) refere que, para que os profissionais desempenhem os papéis nas organizações, a “formação académica” se completa com “socialização dos comportamentos”: os internos hospitalares habituem-se à hierarquia médica intra – hospitalar, como parte do auto – controle profissional (sobre a qualidade). Este “treino de comportamentos” é muito menos marcado na Medicina de Família, e reflecte-se na maior independência dos médicos individuais em relação às chefias – desde que cumpram os serviços “à sua lista de utentes.”

ocupavam-se da articulação de políticas (e também com funções de fiscalização do procedimento), enquanto as SRS se ocupavam, fundamentalmente, da gestão directa dos recursos dos CS.

Por outro lado, os CS, enquanto parte integrante da rede de serviços com uma missão de Saúde Pública (utilidade social) para com a população, regiam a sua actividade na observância de um conjunto de “normas técnicas” da Direcção-Geral de Saúde. O controlo dos resultados, por sua vez, era desenvolvido, essencialmente, pelo IGIF⁶³, que os utilizava como contributo para a alocação de recursos financeiros. O nível central do Ministério (Gabinete do Ministro e seus órgãos de apoio) constituía o “vértice estratégico cujas funções principais consistiam em explicitar estratégias sectoriais (de acordo com as ideologias subjacentes), dar ordens para as executar, afectar recursos, gerir a relação da instituição com o ambiente” (Cabral, 2005:126). Numa área de tecnologia tão complexa como a da saúde, o “vértice”, nas suas funções estratégicas, terá de utilizar a informação que lhe é transmitida pelas componentes da tecno-estrutura (Direcção Geral de Saúde, IGIF) e pelas funções de apoio (institutos diversos, como o Infarmed, Instituto da Qualidade, Investigação, desenvolvimento de recursos humanos, etc.).

3.2.3 Os Indicadores de desempenho em Cuidados de Saúde Primários

A avaliação de desempenho dos serviços de saúde foi o objecto central do World Health Report 2000 (WHO, 2000) que, apesar de muito criticado, teve o mérito de colocar esta questão no centro do debate contemporâneo sobre as reformas sectoriais.

As críticas mais contundentes a esse modelo de avaliação de desempenho questionam, desde logo, o modelo teórico de referência (Williams, 2001; Navarro, 2000; Braveman et al., 2001 citados em Viacava, et al., 2004) e os aspectos metodológicos da mensuração, propriamente dita,

63 Actualmente designada por ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde, IP), cuja missão consiste em administrar os recursos humanos, financeiros, instalações e equipamentos, sistemas e tecnologias da informação do SNS e promover a qualidade organizacional das entidades prestadoras de cuidados de saúde, bem como proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde, nas áreas da sua intervenção, em articulação com as administrações regionais de saúde. A ACSS, I. P., é um instituto público dotado de autonomia administrativa, financeira e património próprio, que prossegue atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respectivo Ministro. (<http://www.acss.min-saude.pt/Institucional/Apresentacao/MissaoeObjectivos/tabid/102/language/pt-PT/Default.aspx>, acedido em 2/12/2008).

das dimensões da avaliação do desempenho adoptada (Almeida et al., 2001 citado em Viacava, et al., 2004).

A proposta de avaliação de desempenho da OCDE (Hurst e Hughes, 2001, citado em Viacava, et al. 2004), por sua vez, ainda que não se oponha explicitamente ao quadro de referência elaborado pela OMS, apresenta algumas alterações que, de facto, o modificam substancialmente. Pensado complementarmente ao da OMS, caracteriza-se por: a) incluir indicadores de resultados dos serviços de saúde (outcomes) como parte da avaliação de desempenho (eficiência microeconómica); b) incluir o acesso como componente da responsividade, possibilitando a avaliação da equidade; c) incluir o nível de despesas em saúde como meta dos sistemas de saúde (eficiência macroeconómica); d) excluir qualquer ponderação para avaliação de metas; e) referir a avaliação de desempenho a várias e distintas dimensões dos sistemas de saúde; e f) considerar a avaliação de desempenho restrita à assistência médica como oposta às actividades de saúde pública ou quaisquer outras mais amplas.

Aspecto fundamental, subjacente à problemática da avaliação de desempenho dos serviços de saúde, consiste na definição dos indicadores de medida a utilizar.

Donabedian (1966; 1986) foi o primeiro a propor uma classificação dos indicadores de saúde que consistem em: indicadores de estrutura (abarcando os recursos utilizados, nomeadamente, os recursos físicos, recursos humanos, materiais, assim como o instrumental normativo e administrativo e mesmo as fontes de financiamento); indicadores de processo (envolvendo as actividades relativas à utilização de recursos, nos seus aspectos quantitativos e qualitativos); indicadores de resultados (os quais correspondem às consequências da actividade do estabelecimento de saúde ou do profissional em análise, para a saúde dos indivíduos ou das populações).

Na década de oitenta, assistiu-se à proliferação de todas as formas de indicadores de processo. Para Giraldes (2008), “não terá sido mera coincidência que o aumento do managed care tenha sido acompanhado por uma explosão de indicadores de processo, como aconteceu no sistema de saúde dos EUA” (Giraldes, 2008:12). Mais recentemente a atenção tem-se desviado para as medidas de outcomes (qual foi o resultado), conservando algumas das medidas de performance, que medem o processo (o que foi feito).

Conceptualmente, a justificação para a introdução de indicadores de processo, parte do princípio de que a sua utilização numa organização proporcionará uma alteração na qualidade dos

procedimentos dessa organização, que, dessa forma, produzirá melhores *outcomes*, tanto ao nível da população, como ao nível da poupança de recursos (Perera et al., 2007). Por outro lado, argumenta-se que os indicadores de processo, em cuidados de saúde, têm a vantagem de ser mais sensíveis, em comparação com os indicadores de *outcome*, a diferenças na qualidade dos serviços prestados.

No tocante aos serviços de CSP, existe uma grande concordância entre os especialistas, no que respeita aos indicadores de *outcome* mais apropriados, o mesmo não se verificando quanto à melhor combinação de indicadores de processo e de indicadores de *outcome* (Dassow, 2007).

Mais recentemente, Houghton e Rouse (2004) defendem a utilização de um indicador agregado para avaliar o desempenho dos serviços ao nível dos CSP, dada a facilidade de construção, de interpretação e grau de aceitação pelos clínicos gerais (Houghton G. e Rouse A, 2004).

Também em Portugal, Giraldes (2007) procedeu a uma avaliação dos CS numa perspectiva de gestão e da qualidade da prestação, utilizando um Indicador Agregado de Avaliação da Eficiência e da Qualidade (IAAEQ). Como os indicadores de eficiência foram incluídos a despesa com actividades preventivas e curativas por utilizador, a despesa com medicamentos nos principais grupos fármaco-terapêuticos e a despesa com análises, RX, ecografias e TAC por utilizador. Por sua vez, o Indicador Agregado de Avaliação da Qualidade era composto por doze indicadores de processo (nomeadamente, a percentagem de mamografias em mulheres com idade igual ou superior a 40 anos; primeiras consultas de saúde infantil no grupo etário 0-1 ano, em relação ao número de nados vivos; número de vigilâncias no grupo etário 6-14 anos; número total de consultas com marcação no total de consultas, entre outros) e cinco indicadores de *outcome* (nados vivos em mulheres com menos de 15 anos; mortalidade pós-neonatal; taxa de morbilidade por tuberculose, hepatite B e sarampo na população total). O Indicador Agregado de Avaliação da Eficiência e da Qualidade resultou da média simples do Indicador Agregado de Avaliação da Eficiência e do Indicador Agregado de Avaliação da Qualidade, em que a síntese dos indicadores de processo foi convertida em índice de base inversa a fim de poder ser adicionada aos indicadores de *outcome*.

De referir, ainda, o trabalho de investigação desenvolvido por Vaz et al. (1994), cujo objectivo principal consistia em obter um instrumento que fosse capaz de avaliar o estado de saúde de populações ao nível concelhio, agrupamento de concelhos, distritos e regiões. Os autores

pretendiam que este instrumento constituísse um auxiliar de planeamento local e regional relativamente a uma série de equipamentos sociais, infra-estruturas e recursos com relevância no estado de saúde das populações e que, por outro lado, permitisse medir e comparar estados de saúde de populações mais diversas ou, relativamente à mesma população, monitorizar a evolução do seu estado de saúde ao longo do tempo. Os autores desenvolveram, nesta perspectiva, um modelo com 51 factores, englobando (por ordem decrescente de ponderação de causalidade) indicadores de saúde (taxas de mortalidade e outros), de utilização e oferta de cuidados, demográficos, sociais (habitação, escolaridade) e económicos.

Todavia, como referem Vaz et al. (1994), torna-se,

“Extraordinariamente difícil determinar a quota-parte de responsabilidade dos serviços de saúde na evolução, por exemplo das taxas de mortalidade ou se eventuais alterações nos valores desses indicadores se ficam a dever, em maior ou menor proporção, a outros factores, como seja, o incremento de estruturas básicas, como o saneamento ou a distribuição de água potável ao domicílio” (Vaz et al., 1994:7).

Por outro lado, a tradução deste tipo de métodos para a escala de um CS não estava isenta de problemas. Como sublinha Cabral (2001), a sua operacionalização exige capacidade local de cálculo, bem como uma estratégia de transição do “histórico” para o “modelado”, sem que nenhum dos modelos possa tranquilizar os que queiram arriscar, com a garantia de uma melhor resposta à procura de cuidados (Cabral, 2001:15).

3.2.4 A experiência de contratualização na década de noventa com os centros de saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo

Na segunda metade da década de noventa, como referimos anteriormente, Portugal pretendeu instaurar nas instituições e serviços do SNS um modelo de distribuição de recursos que procurava transferir o centro da decisão da esfera técnico/política das estruturas de planeamento central, para a relação dinâmica (quase) contratual entre os agentes, designado por contratualização.

O país assistia ao agravamento dos factores que provocavam o aumento das despesas em saúde, tendo como consequência a derrapagem dos orçamentos das instituições públicas de

prestação de cuidados de saúde⁶⁴, sem que essas instituições tivessem o suporte ou os instrumentos adequados para intervir decisivamente.

Adensou-se a consciência, ao nível da administração de saúde, de que a existência de assimetria de informação no processo de prestação de cuidados de saúde, ao dificultar as escolhas do utilizador, exigia uma transferência de responsabilidades do utilizador para o prestador. Adicionalmente, quando a base de referência deixasse de ser o indivíduo e passasse a ser um determinado grupo populacional, essa transferência de responsabilidades requeria, para ser efectiva, a intervenção de uma terceira entidade, que criasse as interdependências necessárias à sua concretização. Foi, pois, esse entendimento que conduziu, em 1996, à emergência do processo de contratualização com as organizações de saúde portuguesas, através de uma experiência iniciada na região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT). Esta experiência estendeu-se, progressivamente, a todo o país, embora com níveis de intensidade diferentes de região para região. A criação da primeira agência de acompanhamento dos serviços de saúde (AASS) deu-se em 1996 e as restantes em 1997 e 1998.

Dada a diversidade cultural e a assimetria das bases de trabalho, foram constituídos cinco grupos de trabalho, um por região de saúde, com o objectivo de perceber as condicionantes primárias dos serviços de saúde e encontrar soluções, numa perspectiva global e integrada. Institucionalizadas pelo Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 Agosto de 1997, as AASS (mais tarde designadas agências de contratualização dos serviços de saúde - ACSS⁶⁵), foram concebidas como uma instância intermédia de intervenção no sistema, na dependência hierárquica da respectiva ARS, na qual estariam representados o cidadão e a administração. Pretendiam, igualmente, congregar a informação necessária, visando garantir a satisfação das necessidades e das preferências dos utentes, assegurando a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e a máxima eficiência e equidade nos cuidados de saúde a prestar⁶⁶.

As ACSS foram constituídas por equipas técnicas de análise económico-financeira e de avaliação de necessidades em saúde e, ainda, por equipas de acompanhamento externo.

64 A politização da saúde e a pressão dos profissionais para a especialização dos cuidados, com lógicas de desenvolvimento próprias, conduziram o sistema a derrapagens financeiras sucessivas, em que o poder das Administrações, delegado de um poder político em constante erosão pela intervenção de uma opinião pública sistematicamente a favor dos grupos profissionais dominantes, não se conseguia afirmar, logo a lógica económica foi abafada. Recorde-se que o modelo britânico de reforma apenas vingou pelo apoio expresso dos gestores dos serviços de saúde (Rathwell, 1998:293).

65 Com a publicação do Despacho Normativo n.º 61/99, de 12 de Novembro de 1999, as agências de acompanhamento dos serviços de saúde, passam a designar-se por agências de contratualização dos serviços de saúde (ACSS).

66 De acordo com o disposto nos n.º 1 e 2, do Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 Agosto de 1997.

Conjuntamente, estes dois tipos de equipas deviam contribuir para uma tomada de decisão, mais informada e reflectida, sobre o financiamento e a utilização dos serviços de saúde (Ver, em Anexo 3, as funções da AASS).

De entre o conjunto de funções e inserção institucional das Agências é possível destacar as seguintes ideias-chave: a) as AASS ficaram responsáveis por iniciar a negociação do financiamento às unidades prestadoras com base no “contrato”, explicitado num orçamento-programa (OP) anual; b) a explicitação da proposta negociada e do acordo obtido, representavam um passo no sentido da “prestação de contas”; c) a inserção regional das Agências servia o propósito estratégico de reforçar as ARS, o que deveria ser reflectido na transferência de funções/autoridade do IGIF (o financiamento às instituições).

Instrumento chave do processo de negociação com os prestadores, o OP, deveria reflectir o compromisso entre as perspectivas dos cidadãos (necessidades em saúde), da Administração central (estratégia de saúde) e das Agências de Contratualização (critérios de evidência epidemiológica e clínica, de custo/efectividade e equidade). Esperava-se que tal permitisse, assim, a definição de objectivos de produção e produtividade tendo por base a valorização das expectativas da acessibilidade, qualidade e ganhos em saúde, ao mesmo tempo que se procurava otimizar a utilização dos recursos atribuídos.

Uma das ideias chave subjacente à implementação deste processo de contratualização, era, pois, a tentativa de modificar a modalidade de pagamento aos hospitais em geral, e aos CSP, em particular, através do abandono do financiamento retrospectivo (baseado em custos históricos), fomentando a operacionalização de um orçamento “contratado” e prospectivo, que tivesse em consideração as especificidades da produção do sector. Pretendia-se, pois, elaborar orçamentos baseados na previsão dos custos reais, em vez de orçamentos baseados em custos históricos, sendo que, posteriormente, evoluir-se-ia para um modelo que tomasse em consideração as necessidades em saúde.

Assim, em 1999, pela primeira vez, as negociações baseadas em contratos e orçamentos prospectivos envolveram todos os hospitais e as cinco ARS, bem como uma parte significativa dos CS do país. Propôs-se, sendo aceite, que no primeiro ano desta operação 3% do orçamento dos hospitais fosse abrangido pelo contrato-programa estabelecido, visando premiar o desempenho. Esta percentagem seria, progressivamente, aumentada, de ano para ano, dado que a

maior parte do orçamento estava já hipotecado ao pagamento da produção (Ministério da Saúde, 1999 (b)).

A agência negociaria com o conselho de administração (CA) de cada hospital e com a direcção de cada CS as respectivas condições contratuais, incluindo metas de produção, de desempenho e de qualidade, fixando objectivos económico-financeiros e de eficiência e, por sua vez, aqueles órgãos dirigentes assumiam o compromisso de operacionalizar a contratualização interna, dentro das suas próprias instituições, definindo metas e objectivos para cada um dos serviços, unidades e núcleos ou até mesmo programas e projectos.

Os contratos poderiam ser negociados com instituições públicas ou privadas, embora inicialmente se privilegiasse a contratualização com as entidades públicas.

Na verdade, o modelo utilizado divergiu, no essencial, do adoptado por outros países, nomeadamente no Reino Unido e na Espanha, pela manutenção dos prestadores no quadro da esfera jurídica da Administração Pública e, consequentemente, assegurando a continuidade da existência de laços hierárquicos entre a Administração de Saúde e as instituições prestadoras. Uma lógica mais concorrencial foi minimizada, justificando-se este desenho organizacional por princípios de prudência na intervenção num sector fundamental e delicado, e pela consciência da exiguidade dos instrumentos de avaliação (Escoval, 2003).

Como refere Freitas (2006), a metodologia que se pretendia utilizar, partindo das necessidades e expectativas dos cidadãos (presumidas, pois na opinião deste autor, não se chegou a proceder a avaliações adequadas), conheceu diferentes bases, conforme o tipo de prestação a que se dirigia. Na área de CSP, como teremos oportunidade de desenvolver, a unidade referência para pagamento devia ser a capitação, corrigida de factores explicativos de desvio da despesa como, por exemplo, a estrutura etária ou o sexo, corrigida ainda por projectos inovadores ou dentro da estratégia regional. Nos cuidados hospitalares, devia basear-se em custos por episódio, no internamento, e no ambulatório. Em qualquer dos casos, adoptou-se, na fase inicial, um modelo que ponderava os custos históricos e a média de custos propostos, procurando incentivar as instituições que se desviassem, por excesso, a corrigir o planeamento para aumentar a eficiência.

Com efeito, a distribuição dos recursos, a avaliação e acompanhamento do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, até então funções das ARS, foram diferenciadas e especializadas, do ponto de vista operacional. Este processo baseava-se na ideia de acentuar um esforço de focalização do sistema nas necessidades de saúde dos cidadãos e na

recomendação (técnica) de se proceder a uma separação progressiva entre quem financia e quem presta cuidados de saúde. Por sua vez, as administrações das ARS passariam a ser detentoras de um nível de autoridade que lhe permitiria financiar as instituições de saúde, coordenar as relações entre estes, assumindo desse modo, um papel crescente na política de investimentos (Ministério da Saúde, 1997).

Consequentemente, o SNS passaria a ser administrado a dois níveis principais: o nível central (o Ministério da Saúde) e o nível regional (as ARS). Convém sublinhar que esta gestão conjunta dos recursos dizia apenas respeito à designada despesa corrente. Todo o investimento em capital fixo, como por exemplo, a instalação de equipamento de alta tecnologia, continuaria a ser da responsabilidade exclusiva da Direcção-Geral de Saúde, um organismo central do Ministério da Saúde, integrado na administração directa do Estado.

Todavia, como refere Escoval (1999), não obstante todo este esforço e iniciativas de descentralização de autoridade para os Conselhos de Administração das ARS, na prática, o Ministério da Saúde continuou a ter a maior parte do poder, situação particularmente evidente no que se refere aos hospitais, em relação aos quais o Ministério continuou a controlar a política de desenvolvimento, a gestão estratégica e a avaliação. Ao nível dos CS, apesar de estarem directamente sob o controlo de gestão das ARS, como os hospitais, as ACSS actuaram, sobretudo, na concretização de projectos específicos como a promoção da acessibilidade ao ambulatório e a redução de listas de espera, configurando a já mencionada, metáfora da “centralização da descentralização”.

No tocante à representatividade do cidadão, pretendia-se, de certa forma, dar cumprimento às preocupações já manifestadas no programa do XIII Governo Constitucional - colocar o cidadão no centro do sistema. Em consonância com tal desígnio, as AASS seriam, então,

“Constituídas por um corpo técnico pluridisciplinar, indigitado pelo conselho de administração das ARS e por representantes dos utentes, devendo desenvolver a sua actividade em consulta sistemática e recíproca com as autarquias locais, as organizações de consumidores, as associações de doentes, as instituições de solidariedade social, as organizações profissionais, etc”⁶⁷.

67 N.º 4 do Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 Agosto de 1997.

Assim, com a publicação do Despacho Normativo n.º 61/99, de 12 de Novembro de 1999, diploma que substitui a designação das AASS, passando estas a designar-se por agências de contratualização dos serviços de saúde (ACSS)⁶⁸, é igualmente criado o Conselho Nacional das Agências, um órgão coordenador das agências de contratualização e as Comissões de Acompanhamento Externo de Serviços de Saúde (CAESS), as quais visavam assegurar uma representação do cidadão, através das autarquias e das organizações do consumidor, e tinham como principal objectivo veicular informação dos serviços de saúde aos utentes e transmitir a opinião destes aos Serviços de Saúde.

Ou seja, como refere Mesquita (2002), procurou-se fazer a orientação por agências de âmbito regional, com representação dos cidadãos nas equipas de acompanhamento, geograficamente referenciadas a comunidades restritas (membros de câmaras municipais, juntas de freguesia, associações de cidadãos), numa tentativa de partilhar experiências, providenciar formação sobre conceitos específicos em áreas como a contratualização, investigação (diagnóstico de necessidades) e mecanismos de avaliação e controlo.

Esta nova forma de intervenção do utente no sistema de saúde visava ampliar os efeitos de outras formas de participação organizada, que os utentes/cidadãos tinham vindo a desenvolver progressivamente, no que respeita a actividades, projectos e órgãos de diversos hospitais e CS (Ministério da Saúde, 1997: 3). A devolução, ao cidadão informado, do poder de contribuir para a decisão das opções adequadas⁶⁹, a concretizar-se, seria talvez,

“Uma das mais revolucionárias medidas de reforma das estruturas públicas burocratizadas, capturadas por grupos de interesse, e das mais difíceis de gerir para o poder político, por ser geneticamente rebelde ao poder informal das negociações discretas com que se conduzem os processos políticos” (Freitas, 2006: 430).

68 Para Luz (2001: 28) “parece claro que a utilização do neologismo “contratualização “ foi intencional. A sua introdução no nome das agências resultou foi o reflexo de intensos processos de negociação e de acompanhamento, concebidos em pé de igualdade quanto à sua importância.” E acrescenta, que esses processos (de negociação e de acompanhamento), “aparecem também melhor integrados num planeamento da saúde, constituindo-se num processo cíclico que inclui a recolha de informação através dos orçamentos-programa; a análise e discussão conjunta destes inputs e a respectiva correcção, quando justificável, e acordo final sobre o orçamento económico e produção, encerrando o ciclo com o acompanhamento em momentos específicos de avaliação” Luz (2001: 29).

69 Sendo, por definição, a relação de agência perfeita aquela em que o estado de saúde alcançado seria exactamente aquele que os utilizadores teriam conseguido alcançar se fossem eles a escolher, partindo do conhecimento da situação (Freitas, 2006).

Como refere Escoval (2003), no contexto legislativo português, embora esteja prevista, a vários níveis da hierarquia do SNS, a participação dos cidadãos, que, alegadamente, deverão ter um “papel insubstituível, não só na promoção da sua saúde e da comunidade, como também no adequado desenvolvimento e utilização de serviços de saúde”⁷⁰, na prática, a sua intervenção assume um carácter meramente consultivo, ou seja, uma participação não vinculativa. Segundo a referida autora, este aspecto deve merecer uma reflexão, pois encerra em si um duplo problema:

“Se por um lado, este tipo de participação assegura, em teoria, o cumprimento dos valores e dos princípios estratégicos da nossa política de saúde, por outro lado não valoriza a participação dos cidadãos, que já por si apresentam uma fraca cultura participativa, tanto a nível individual como colectivo” (Escoval, 2003:44).

Escoval (2003), acrescenta, que a manutenção da soberania governamental no processo de decisão, controlando o funcionamento das instituições através de critérios essencialmente financeiros, rejeitando ou não assumindo indicadores, necessidades e prioridades manifestados pelo cidadão (desmotivando a sua participação de uma forma continuada), pode ser responsável por um *gap* entre participação e centralização do poder. Este facto é “manifestamente impeditivo de um efectivo cuidar comunitário e sinónimo de uma correcta avaliação de necessidades e controlo de outputs” (Escoval, 2003:45). Mostrando-se permeável a enviesamentos no processo de tomada de decisão e aplicação de recursos, uma vez que se gerem, a um nível macro, recursos cuja aplicação local não pode ser controlada pelo cidadão, há fortes probabilidades que passem despercebidas inúmeras ineficiências. Por outro lado, perdem-se com frequência oportunidades, que parecem óbvias aos membros de determinada comunidade, criando-se fenómenos de desacreditação e incompreensão das lógicas que presidiram ao processo de tomada de decisão.

Neste sentido, concordamos com Gomes (2002), quando afirma que, “estamos ainda longe de um sistema de saúde verdadeiramente comunitariocêntrico, um sistema de saúde que retire o cidadão do campo gravitacional, onde ele se encontra actualmente, e o coloque no núcleo da sua existência” (Gomes, 2002: 16).

Ao nível da ARSLVT foram definidas em 1996 quatro iniciativas estratégicas: a elaboração de uma estratégia de saúde regional; o plano de intervenção sobre o acesso; o projecto ALFA; a agência de acompanhamento (que começava com a discussão dos OP dos hospitais).

70 Preâmbulo do Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 Agosto de 1997.

A implementação da contratualização implicava uma programação cíclica das actividades, como a que se descreve no quadro constante no Anexo 4.

Vemos aí que a contratualização referente a um determinado ano N deveria iniciar-se em Maio/Junho do ano anterior ($N - 1$) e prolongar-se até Maio/Junho do ano seguinte ($N + 1$), perfazendo, assim, um ciclo de 24 meses.

De acordo com Luz (2001), a Agência da região LVT iniciou, em 1996, um modelo de orçamentação por programas (distribuição interna em cada CS), embora o nível de gastos totais se baseasse em tendências históricas recentes dos mesmos CS (e também a estimação dos números de serviços a prover). O modelo de programação foi, depois, adoptado pelas restantes agências.

Basicamente, o modelo consistia numa sucessão de quadros com estimativas da população a ser servida; estimativas dos recursos consumidos nos anos anteriores (pessoal e linhas de despesa); programação “normativa”, com a estimação do números de serviços, e no caso em que se aplicavam as normas nacionais dos vários tipos de prestações, os tipos de serviços e populações-alvo; a programação “histórica”, com uma série de quadros (um por cada tipo de prestação) com a projecção dos números de serviços (baseados nos dois anos anteriores ao do exercício) e respectivos custos para o ano-objecto; e finalmente um conjunto de quadros-síntese, com os gastos com medicamentos e MCDT (adquiridos ao exterior), tempos do pessoal e despesa.

Com base na proposta apresentada por este modelo, seria possível à Agência:

- Assinalar problemas de coerência interna ou de desvio das tendências históricas nas propostas dos CS;
- Classificar a performance prevista para o CS por comparação com uma grelha de indicadores e standards: contenção de gastos; acessibilidade e utilização; qualidade (incluindo continuidade); produtividade (tempo e despesa por actividade).

Os standards foram, maioritariamente, identificados com os valores médios regionais para os respectivos indicadores.

Os departamentos técnicos da ARSLVT realizavam, anualmente, com os CS, exercícios de programação de actividades, aplicando normas centrais de serviços/capita/ano a grupos-alvo predefinidos (Cabral, 2001: 14).

Foi com base na experiência acumulada com a realização deste exercício de programação anual que a agência da região de LVT construiu o modelo de OP para os CS.

Assim, procurou-se caracterizar a intervenção dos CS, por uma orientação de base populacional, utilizando-se como referência três níveis de definição de populações-alvo – população residente (estimativas do INE), população inscrita (previsão do CS, para o ano N+1) e população utilizadora (previsão do CS, para o ano N+1).

Esta informação serviu de base à construção dos indicadores de análise dos OP. Introduziu-se no OP o cálculo de necessidades normativas de consultas médicas nos principais programas de prestação de cuidados médicos de nível primário e de actos vacinais, em conformidade com linhas orientadores definidas pela Direcção-Geral de Saúde.

Todavia, aquando da realização da primeira experiência de contratualização com os CS, embora existisse, em Portugal, alguma investigação sobre as alternativas aos métodos tradicionais de estimação ou avaliação das necessidades de saúde de uma população, quase sempre motivados pela questão da redistribuição de recursos, estavam referenciadas, na esmagadora maioria da investigação, as dificuldades metodológicas desta abordagem, em particular a definição das variáveis envolvidas e as suas diferentes contribuições relativas.

No âmbito do processo de contratualização iniciado em 1996 entre a ACSS da região de LVT e os CS, os indicadores básicos essenciais utilizados tinham em conta as dimensões adequação, acessibilidade e utilização, qualidade, produtividade e eficiência e controlo da despesa. Cada indicador devia ser apreciado no que respeita à sua evolução no tempo (valor atingido no ano n-1, valor previsto para ano n e valor proposto e/ou acordado para o ano n+1), sendo também definidos os respectivos valores de referência para análise dos OP's.

A informação que servia de base ao cálculo dos indicadores para a negociação e monitorização do OP era recolhida pela Agência, a partir de ficheiros que compunham o OP para o ano em causa, de um sistema de informação da RLVT (SIRSLVT) e dos resultados obtidos a partir da utilização de metodologias específicas, como, por exemplo, observação directa, aplicação de censos de um dia, ou outros (Luz, 2001: 38).

Para os vários indicadores era apontado um valor de referência a utilizar como orientação. Consoante o indicador, o valor de referência reflectia o valor normativo, um valor médio ponderado ou a indicação do conselho de administração da RSLVT. A ponderação do valor médio referido, regra geral, era efectuada, tendo em conta a produtividade por grupo profissional e por cada actividade, sendo que nesse caso, o número apontado era calculado a partir do valor médio observado em anos anteriores nos CS da Região que se situavam entre a média e mais um

desvio-padrão. Para os custos unitários por cada actividade, o número apontado era calculado a partir do valor médio observado, em anos anteriores, nos CS da região. Quando não era indicado valor de referência, o indicador seria apreciado no contexto do comportamento histórico de cada centro e das linhas estratégicas apontadas em cada área específica de intervenção/prestação de cuidados. (Ministério da Saúde, 1999 b), e (Ministério da Saúde, 2000).

O quadro constante no Anexo 5, apresenta os indicadores básicos essenciais utilizados e os respectivos valores de referência para análise dos OP's, no âmbito do processo de contratualização iniciado em 1996 entre a ACSS da região de LVT e os CS.

Na área da produção, a agência de contratualização dos serviços de saúde da ARSLVT tentou encontrar alguns indicadores de síntese - as UPP (unidades de produção ponderada) - e a utilizá-los como indicadores compostos de produtividade e eficiência. Além deste aspecto, procurou-se que a análise dos OP das instituições de saúde (hospitais e CS) contemplasse, não só a apreciação do posicionamento de cada instituição face a indicadores estabelecidos e a comparação da sua actividade previsional com valores históricos e com valores de referência (benchmarks), mas também a apreciação da estratégia global da instituição e do seu nível de consonância com a estratégia de saúde regional da ARSLVT, para o prendido em análise (Ministério da Saúde, 2000).

No tocante ao apuramento de dados relativos aos custos de exploração e actividade dos CS, para Cabral (2001), foram evidentes, ao longo de todo o processo, e nos vários anos que a experiência ocorreu, a permanência de alguns constrangimentos de carácter técnico e operacional relacionados com a dificuldade em efectuar previsões de despesa a afectar à produção prevista, associado ao ainda incipiente sistema de contabilidade analítica dos CS. Na verdade, para este autor, a gestão contabilística e financeira dos CS estava concentrada a nível das coordenações sub-regionais, sendo que “a direcção dos CS só conhecia o valor monetário dos recursos que utilizava na prestação de serviços por curiosidade individual” (Cabral, 2001:15). Do lado da agência, a falta de informação era semelhante. Sem balancetes analíticos regularmente publicados pelas instituições prestadoras, restava à agência efectuar o cruzamento da informação contabilística constante nos balanços, balancetes e demonstrações de resultados, produzidos pelas SRS, com os relatórios estatísticos dos CS. Não surpreende, por isso, a afirmação de Cabral (2001), quando refere que os primeiros custos unitários (e respectiva decomposição em linhas de gastos), obtidos através deste procedimento “expedito”, para além de ter constituído um processo bastante moroso, relevou ser também muito propenso a erros.

Assim, a significativa variabilidade de performance dos CS observada, de acordo com os dados constantes no relatório interno da avaliação do processo de contratualização com as instituições da RLVT, elaborado pela ACSS da ARSLVT, referente ao ano 2000, não pode, nem deve ser interpretada de forma linear, nem descurando os constrangimentos e limitações acima mencionados.

Uma das rubricas que, de forma sistemática apresentou grande variabilidade foi a dos gastos com medicamentos e MCDT's prescritos pelos CS (e que representam uma percentagem muito maior dos custos totais nos CS do que nos hospitais).

Uma vez que estrutura de custos dos CS tem uma parcela significativa de custos variáveis, decididos pelos clínicos, a eficiência económica (ou controle de custos) depende criticamente da participação dos profissionais individuais. A quase ausência de hierarquia clínica e de corpo administrativo técnico nos CS dificulta a acção sobre prescritores “desviantes”.

A este propósito Cabral (2001) questiona “como diferenciar as variações entre aquelas causadas por factores “justificáveis” (por exemplo, a interioridade e a variação nos custos com transportes) e a baixa performance do CS? Ou ainda, como saber se os maiores custos com medicamentos por consulta resultam de prescrição negligente ou apenas reflectem a facturação nas sub-regiões de prescrições de especialistas hospitalares ou de actividade clínica privada?

Em suma, podemos concluir que durante a experiência de contratualização com os CS por parte da ACSS da RLVT, entre 1996 e 2000, foi possível observar que o enfoque posto na discussão dos dados de produção (tais como, a diminuição dos atendimentos de urgência e a valorização de actos no domicílio, tanto os efectuados por médicos como por enfermeiros) e as experiências realizadas na organização da participação dos utentes dos CS tiveram efeitos positivos. Para Luz (2001), a criação da Agência na RSLVT conseguiu introduzir uma maior transparência na utilização dos recursos de saúde e criou instrumentos que permitiram um melhor controlo dessa mesma utilização, tendo desencadeado mecanismos de negociação interna num número apreciável de instituições abrangidas por este processo.

Em contrapartida, o trabalho ainda incipiente naquilo que diz respeito à definição de indicadores de necessidades de saúde prejudicou uma das dimensões básicas para a efectividade/equidade dos cuidados em termos de saúde da comunidade, não permitindo, por isso, dar mais relevo às questões relacionadas com a promoção da saúde. A subestimação, nos termos de referência para o OP, das actividades na comunidade, sobretudo as de prevenção e

protecção de saúde, introduziu alguma perversidade no mecanismo de contratualização, sobretudo se tivermos em devida conta o conceito abrangente de CSP⁷¹, enquanto cuidados de saúde essenciais e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, tendo por vocação tratar dos principais problemas de saúde dessa comunidade e englobando acções de promoção da saúde, de prevenção, de cuidados curativos, de reabilitação ou de fim de vida.

A contratualização num quase-mercado público pressupunha, do lado da agência, o conhecimento das necessidades a atender e o de um preço “justo” para negociar, requerendo, do lado dos prestadores, o conhecimento das suas funções de “produção”. Tanto num pólo como no outro as experiências regionais, iniciadas em 1996, reflectiram que havia, ainda, um longo caminho de amadurecimento institucional e de criação das capacidades técnicas necessárias à implementação de um verdadeiro processo de contratualização.

Por outro lado, a diminuição da clareza nas orientações e na participação por parte de diversos órgãos centrais e regionais no processo de contratualização foi um sinal sentido pelos diversos actores como de descredibilização deste “mecanismo relacional” entre níveis da administração do nosso SNS.

⁷¹ Tal como o apresentamos no ponto 5.1 deste trabalho.

Capítulo IV. Quadro metodológico da investigação

4.1 A definição do tema de estudo e dos objectivos da investigação

Em diversos países desenvolvidos, fruto de um conjunto de circunstâncias específicas, que analisámos no primeiro capítulo da primeira parte deste trabalho, tem surgido, ao nível do discurso e das intervenções políticas, uma crescente tendência para a quebra dos consensos sociais estabelecidos em redor do Estado Providência. Esta quebra tem facilitado a introdução de reformas nos sistemas públicos, as quais, partilham aspectos comuns do quadro geral conhecido na literatura como a NGP.

Não obstante a falta de acordo entre os académicos quanto às características específicas deste movimento, à sua universalidade ou, ainda, quanto aos efeitos que tem provocado na administração pública, é possível dele extrair um conjunto de elementos que identificámos como estruturantes para essas mesmas reformas. O mais consensual será, porventura, a tentativa de romper com os regimes tradicionais de coordenação burocrática, baseados na hierarquia, por outros baseados nos mecanismos de coordenação ou de regulação pelo mercado ou quase-mercado (Deakin e Walsh, 1996; Hood, 1991; Le Grand e Bartlett, 1993 e Reed, 2002). Estes mecanismos visando, essencialmente aumentar a competição, promovem uma reconfiguração do próprio poder político e institucional, baseada na alteração dos papéis do Estado.

No sector da saúde, uma das estratégias de ruptura mais em evidência consiste na separação entre financiador e prestador e na adopção de políticas contratuais com as entidades prestadoras de cuidados de saúde, com o propósito de se assegurar a manutenção dos princípios básicos da sustentação dos sistemas de saúde, nomeadamente, o financiamento público, a universalidade no acesso e a equidade na prestação dos cuidados.

Em Portugal esta tendência teve início nos finais da década de 1990 com a criação das agências de contratualização dos serviços de saúde (Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Julho). Mais tarde, (através do Despacho Normativo n.º 22 250/2005, de 3 de Outubro), estas agências foram reabilitadas, tentando reforçar-se a importância da contratualização, enquanto mecanismo de distribuição de recursos, com o objectivo explícito de promover o controlo do crescimento dos gastos com a saúde, introduzindo maior eficiência no sistema de saúde e promovendo uma melhor adequação das respostas às necessidades em saúde das populações. É, então, nos finais de 2005, que o governo português adoptou como linha de acção política a

reintrodução de processos de contratualização entre a administração em saúde e as instituições prestadoras de cuidados que integram o SNS.

O abandono do financiamento retrospectivo e a operacionalização de um orçamento “contratado”, que tenha em consideração as especificidades da “produção” do sector, é apresentado no quadro de uma estratégia específica de reforma da saúde, em geral, e dos cuidados de saúde primários, em particular, como uma necessidade incontornável. A avaliação do desempenho, associada a um sistema de consequências, fecha o ciclo deste processo claramente sustentado nos pressupostos da NGP.

O presente trabalho insere-se no contexto destas mudanças e tem como principal objectivo analisar as experiências de contratualização com os CS, em Portugal. Mais concretamente, pretende-se fazer uma apreciação global dos resultados da experiência de contratualização com os CS por parte da Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde da RLVT⁷², tanto no que toca ao seu enquadramento, como no que concerne aos processos de contratualização adoptados. Por outro lado, procura-se desvendar os principais factores críticos que têm dificultado, ou até mesmo impedido, a concretização de processos de contratualização bem sucedidos, com especial enfoque na sua vertente de CSP, no âmbito da mudança do sistema de saúde português.

Assim, este estudo visa aprofundar o conhecimento sobre o contexto económico, social, cultural e político, que presidiu à introdução do processo de contratualização ao nível dos CSP, símbolo do processo de mudança que se procurava encetar.

Num momento em que se pretende reintroduzir o processo de contratualização em Portugal, ao nível dos CSP, torna-se premente iniciar uma reflexão crítica que permita, por um lado, identificar os principais factores de bloqueio que condicionaram o sucesso das primeiras experiências da contratualização em Portugal e, por outro, analisar o actual enquadramento em que se faz “renascer” o mesmo processo.

A experiência resultante de análises a anteriores reformas em diversos países desenvolvidos⁷³ demonstra que existe um conjunto de eventuais factores de sucesso que é necessário evidenciar: a existência de uma liderança forte, uma boa coordenação entre os níveis político e operacional, a existência de acções de implementação próximas da agenda, a simplicidade das intervenções, para facilitar a sua compreensão por parte daqueles que as vão adoptar, e um antecipado investimento

⁷² A única região de saúde que tentou, em larga escala e por um período de tempo superior a um ano, a negociação dos CS com Agências de Contratualização, foi a RLVT, e em menor escala, a região do Alentejo.

⁷³ Destacam-se, a este propósito, os trabalhos realizados por Saltman e Figueras (1997) e por Broomberg (1994).

na formação, de modo a obter massa crítica entre os profissionais de saúde, tornando-os capazes de operacionalizar as políticas (Atun et al., 2006).

Os resultados do estudo realizado por Escoval (2003), no campo em que se situa o nosso tema de investigação, apontam no sentido de que a contratualização pode melhorar e recentrar a comunicação em torno de vectores como o desempenho e os resultados obtidos e, por essa via, ajudar a recolocar a qualidade do diálogo em torno das políticas, bem como da sua definição. O seu sucesso assentaria, a médio e longo prazo, em três pré-requisitos: (i) um clima de confiança que se deverá estabelecer entre as partes e que se supõe atender a um certo equilíbrio entre considerações formais e informais, a existência de um diálogo permanente, a troca de informação, a negociação, a clareza dos objectivos e o respeito mútuo; (ii) um compromisso em perseguir um objectivo comum e tornar transparentes os resultados obtidos, bem como dos adequados mecanismos de gestão e de avaliação e (iii) uma visão de conjunto que permitirá compreender que a contratualização não poderá cobrir a multiplicidade de factores ligados à gestão do desempenho, à cultura organizacional, às considerações políticas e aos aspectos administrativos que intervêm uma relação contratual.

No que concerne à avaliação da primeira tentativa de implementação de processos de contratualização nos CS portugueses, e reportando-se à experiência de contratualização com os CS por parte da Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde da RLVT, no período de 1996 a 2000, Luz (2001) conclui que a criação da agência na RLVT permitiu introduzir uma maior transparência na utilização dos recursos de saúde, ao criar instrumentos que permitiram um melhor controlo dessa mesma utilização, desencadeando mecanismos de negociação interna num número apreciável de instituições abrangidas por este processo. Todavia, na opinião do referido autor, o impacto destas intervenções não foram suficientes para conseguir influenciar a distribuição desses mesmos recursos. Por outro lado, os incipientes avanços na determinação de indicadores de necessidades de saúde prejudicaram, ainda segundo o autor, uma das dimensões básicas para a efectividade/equidade dos cuidados em termos de saúde da comunidade. E acrescenta,

“A menorização nos termos de referência para o OP das actividades na comunidade, sobretudo as de prevenção e protecção de saúde, é um facto que introduz alguma perversidade no mecanismo de contratualização, se tivermos em devida conta o conceito abrangente de CSP” (Luz, 2001:34).

Sublinhe-se, ainda, a investigação desenvolvida por Cabral (2001), que conclui que a contratualização com os CS em Portugal ainda estaria a dar “os primeiros passos de um longo caminho de amadurecimento institucional e de criação de capacidades técnicas”, alertando para a possibilidade de constituir, além disso, um caminho com mais variações do que o que se seguiu com os hospitais” (Cabral, 2001:19). Partindo da constatação de que a primeira aplicação do processo de contratualização em Portugal se concentrou na vertente hospitalar, tentou analisar as diferenças conhecidas ou previsíveis da contratualização com os CS, quando comparada com a dos hospitais, e concluiu que, pelo seu grau de autonomia e pela sua organização interna, é mais fácil ao hospital do que ao CS estabelecer uma “contratualização interna” que permita realizar adequadamente a “contratualização externa” negociada com o financiador.

O autor admite, ainda, ser provável, que a participação dos profissionais médicos dos CS seja mais individual do que nos hospitais, na medida em que “nos CS não existe a equipa do serviço, com a hierarquia do hospital e responsabilização tradicional do chefe de equipa por todos os actos prestados aos doentes a cargo do serviço” (Cabral, 2001:20). Argumenta, igualmente, que a reorganização prevista (então já prevista) para os CS poderia superar em parte esta dificuldade. Neste sentido, postula que os CS

“Têm de se constituir como unidades institucionais com escala suficiente para se tornarem centros de custos com autonomia administrativa e financeira (...) e a capacidade gestionária capaz de posicionar o CS como um contratante de pleno direito” (Cabral, 2001:19).

Por outro lado, o autor aponta para a necessidade da criação de um ambiente mais competitivo, através do financiamento público, e alerta, igualmente, para a necessidade de valorizar o papel dos utentes em todo este processo, manifestando, a este respeito, uma preocupação fundamental: a de saber de que modo se iria enquadrar a liberdade de escolha que seria acompanhada pelo pagamento aos prestadores consoante a presença do utente (escolha manifesta no acto ou escolha manifesta na intenção de mudar de CS-inscrição)?

Por fim, Cabral (2001) considera, também, que as agências teriam de se capacitar do seu papel mais interventivo e colaborante na definição de “necessidades” a satisfazer e nos “resultados de estado de saúde” a avaliar. Este seria, provavelmente, ainda na opinião deste autor “um exercício

de longo prazo, pois coloca a questão do tipo de medicina de família que pode acelerar os melhoramentos ao estado de saúde da população” (Cabral, 2001:19). E acrescenta que,

“não podem simplesmente continuar a ser contratualizadas mais prestações do mesmo tipo. A saúde do adulto e a saúde materno-infantil têm utilidade pública limitada (embora continuem a ter grande utilidade privada) (...). Mas os problemas de saúde que foram inscritos no Plano Nacional de Saúde para o período de 1999-2002⁷⁴ solicitam muito mais do que isto. A sua contratualização a nível de CS requer informação quantificada (e de base populacional) de rotina na fase de negociação e na monitorização (provavelmente, a instalação do desejado SINUS em todos os CS).” (Cabral, 2001:19)

No que respeita ao nosso estudo, visamos, de um modo geral, aprofundar o conhecimento sobre o contexto económico, social, cultural e político, que subjaz ao sector da saúde, no qual se introduziu um processo de contratualização ao nível dos CSP (como se preparou o início do processo, como se programou a sua implementação e disseminação e porque não foi possível fazer a sua indução cultural), que procurava encetar um inovador processo de mudança (introduzindo responsabilização, descentralização, flexibilização e eficiência).

Nesta perspectiva, os principais objectivos deste trabalho de investigação são os seguintes:

- 1 Explicitar o processo de contratualização de serviços de saúde e o papel das agências de contratualização;
2. Examinar, em termos globais, a experiência de contratualização em Portugal no sector dos CSP, tanto no seu enquadramento estratégico, como nos processos de contratualização adoptados;
3. Avaliar, em termos globais, as percepções ou representações dos actores sobre os processos adoptados na experiência de contratualização com os CS da RLVT, na década de noventa;
4. Identificar os factores críticos que no contexto português, condicionam a implementação dos processos de contratualização na área dos CSP.

⁷⁴ Ministério da Saúde (1999).

Relativamente aos objectivos definidos, é possível colocar algumas questões de investigação de âmbito mais “operacional”, a saber: que tipo de contexto enforma o sector da saúde em Portugal? Até que ponto será viável o processo de contratualização, sem o desenvolvimento de outras componentes, nomeadamente a regulação, a qualidade, a cidadania e a inovação na gestão? Qual o padrão de contratualização mais adequado ao contexto dos CSP? Que obstáculos operacionais e culturais surgiram no processo de desenvolvimento da contratualização? Até que ponto houve consolidação institucional das experiências anteriores de contratualização com CS (região LVT)? Existe ou não um controlo democrático do cidadão sobre os processos de contratualização?

4.2 Explicitação e justificação dos processos metodológicos

4.2.1 As orientações metodológicas da investigação

Na investigação em ciências sociais as realidades dinâmicas e complexas exigem do investigador um posicionamento coerente, claro e sistemático relativamente aos marcos de referência, sejam eles teóricos ou metodológicos. Nesta perspectiva, após termos enquadrado o nosso trabalho de investigação num referencial teórico, onde se tentaram definir as principais questões que balizam a investigação e a construção dos seus objectivos gerais e específicos, o processo de investigação exige, numa segunda fase, que se defina o seu enquadramento num referencial metodológico e se proceda à eleição do método para a recolha dos dados.

Esta investigação enquadra-se dentro de um paradigma metodológico qualitativo, na medida em que, conforme postula Moreira (1994), baseia-se na captação da subjectividade do fenómeno em estudo, através do envolvimento de indivíduos considerados como actores (stakeholders), cujas perspectivas, “visões”, ou “quadros de referência” necessitam de ser detalhadamente investigados.

Concordamos, assim, com Bogdan e Biklen (1998: 49) quando afirmam que “a abordagem da investigação qualitativa exige que o mundo seja examinado com a ideia de que nada é vulgar, que tudo tem potencial para constituir uma pista que nos permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do nosso objecto de estudo.”

Sendo esta uma investigação qualitativa, ela é necessariamente descritiva (Bogdan e Biklen, 1998), tendo como característica básica a riqueza e a magnitude das informações recolhidas, e,

como finalidade, proceder à extracção de conceitos, hipóteses e ideias sobre determinado tema ou assunto, utilizando como instrumento de recolha de dados questionários ou entrevistas.

A nível das metodologias qualitativas podemos, assim, contar com várias técnicas de recolha de dados, tais como a observação participante, a entrevista, grupos de discussão, histórias de vida, a história oral, entre outros. Neste estudo, optámos por combinar o uso entrevista semi-estruturada, realizada com os principais actores chave dos processos de contratualização, com o recurso ao método dos incidentes críticos e à análise documental.

Esta última, desenvolveu-se em dois momentos distintos. Assim, numa primeira fase, privilegiou-se a pesquisa documental com a finalidade de caracterizar o processo de contratualização no sector da saúde em Portugal, em especial nos CSP, e efectuar um levantamento bibliográfico de autores considerados fundamentais sobre o tema em questão. Para a compreensão teórica e global do tema de investigação, e a nível específico do estudo de caso, foi necessária a revisão de diversos documentos escritos acerca dos conhecimentos teóricos produzidos na linha de investigação seguida e sobre as referências relacionadas com o contexto territorial, social e político da investigação.

Assim, a revisão bibliográfica incidiu sobre assuntos chave como a reforma de Estado, contratualização propriamente dita e as correntes teóricas que mais propiciavam sustentabilidade ao tema. A pesquisa documental foi realizada com a recolha de documentos oficiais (por exemplo, documentos de trabalho para discussão interna da ACSS da ARSLVT, actas de reuniões de negociação/acompanhamento de processos de contratualização, planos de acção estratégica de saúde regional da ARSLVT de 1998 e 1999) que pudessem espelhar a memória escrita do processo de contratualização com CS da RLVT, no período compreendido entre 1996 e 2002.

Neste âmbito, desenvolvida a revisão documental, é importante salientar que o material bibliográfico com referência ao processo de contratualização com CS da RLVT, no período compreendido entre 1996 e 2002, sobre o qual incide o objecto de estudo, é bastante escasso. Para esse facto concorreu, de forma significativa, a ocorrência de um incêndio no edifício da ARSLVT, que destruiu, de forma irremediável, alguns desses documentos emitidos e publicados unicamente em suporte papel.

Sabemos que quando os dados a analisar preexistem à investigação e são reunidos através da recolha de fontes documentais (análise secundária), o investigador está mais ou menos limitado nas suas análises pelo problema que pode surgir, através da incompatibilidade dos dados

fornecidos por esta técnica, em comparação com outras utilizadas, assim como pelo campo de fenómenos que deseja estudar (Quivy e Campenhoudt, 2003: 223). Conscientes desta limitação, os dados foram validados através de critérios pré-estabelecidos, que passaram por controlar a credibilidade das fontes, dos documentos e respectivas informações contidas, assim como a sua adequação aos objectivos e exigências deste ensaio de investigação.

Nesta fase, para além da análise crítica da literatura, que nos permitiu circunscrever e clarificar os contornos do nosso quadro conceptual, foram também realizadas, no início do estudo, algumas entrevistas exploratórias sobre o nosso tema com especialistas na área da gestão dos CSP, de acordo com o que é sugerido na literatura (Quivy e Campenhoudt, 1992). Estas entrevistas permitiram-nos circunscrever melhor o nosso estudo, formular as questões de investigação e delinear as estratégias de recolha de informação. Foi ainda possível realizar alguns contactos directos com os responsáveis, no período entre 1996/2000, de três das cinco Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde (designadamente os coordenadores das equipas da região Norte, da região Centro e da RLVT), que vieram a confirmar o que alguns artigos da especialidade já nos tinham evidenciado⁷⁵, designadamente o facto de a RLVT ter sido a única região de saúde cuja experiência de contratualização com CS ter tido uma duração considerada significativa (isto é, superior a um ano).

Na verdade, o processo de contratualização, iniciado em 1996, pela primeira agência de contratualização e continuado ao longo de 1997 e 1998, com a criação das restantes (uma em cada região), não chegou a ser consolidado, eventualmente com base na definição de instrumentos de apoio ao processo de negociação e acompanhamento, com a criação de uma estrutura nacional que integrasse todos os intervenientes no processo (Secretariado Técnico das Agências) de forma uniforme pelas cinco Regiões de Saúde.

As diferenças regionais de adesão, concepção e implementação deste processo de contratualização, levantam outras questões, igualmente relevantes, mas que extravasam o âmbito do presente trabalho.

75 Nomeadamente Luz (2001) e Cabral (2001).

4.2.2 Trabalho de campo com base em entrevistas

Atendendo à especificidade do nosso objecto de estudo, ainda pouco analisado e conceptualizado, mormente no contexto português, optámos por assumir a entrevista semi-estruturada como a técnica de recolha de informação mais adequada às características específicas da nossa pesquisa.

Na abordagem qualitativa, eleita para presidir a nossa investigação, a entrevista é, por excelência, o instrumento de recolha de informação mais difundido e utilizado pelos investigadores, na medida em que permite uma interlocução directa entre os actores sociais envolvidos nesta acção. As entrevistas demonstram ser mais ricas do ponto de vista da amplitude e da profundidade da informação recolhida, permitindo uma maior interacção entre investigador e o inquirido, e fornecendo mais detalhes, tanto acerca do processo como do contexto em que as experiências dos sujeitos ocorrem. É inegável que suscitam, também, um discurso mais livre e possibilitam uma recolha de informação que não é deformada pela imposição de uma estrutura rígida, tal como acontece, por exemplo, com o questionário fechado.

Enquanto técnica, que pressupõe estratégias interactivas (Fox, 1987; Blanchet, 1989; McMillan e Schumacher, 1997) entre, pelo menos um(a) entrevistador(a) e um(a) entrevistado(a), mobilizados pela informação a dar e a obter, a entrevista requer alguns cuidados relacionados com o contexto dessa interacção, no qual se incluem factores pessoais e situacionais (Blanchet, 1989; Valles, 1997).

Como sublinha Fox (1987), enquanto técnica de interacção pessoal, que contempla uma relação “cara a cara” entre o investigador e o sujeito entrevistado, a entrevista apresenta, simultaneamente, vantagens e desvantagens para a investigação. Por um lado, afigura-se como uma relação de comunicação real, “na qual o sujeito se sente relaxado, confiante e aceite, a própria relação contribuirá para motivá-lo a responder de forma completa e sincera às questões da investigação. (Fox, 1987: 599-602). Não obstante, a introdução na relação de elementos como a “ansiedade, suspeita, hostilidade e quaisquer outros elementos negativos das relações humanas, a disposição para responder vai diminuindo até que, por último, desaparece a motivação para responder” (Fox, 1987: 599-602).

Por outro lado, a entrevista é, obviamente, baseada no discurso e este pode estar sujeito a interpretações múltiplas. Assim sendo, se bem que as entrevistas sejam apresentadas como uma

forma de ter em conta a perspectiva dos actores sociais para, a partir dela, compreender e interpretar a sua realidade, o investigador encontra-se confrontado com diversas posições subjectivas. Para além da sua própria interpretação, existem várias outras referentes à mesma realidade, que resultam da interpretação de cada um dos actores (Poupart, 1997). Esta questão, intrinsecamente associada à situação da entrevista, resulta na problemática do estatuto a conceder ao entrevistado e à informação por ele veiculada, fenómeno sobre o qual não existe consenso epistemológico entre os investigadores.

Também a função a desempenhar pelo entrevistador na orientação da entrevista, exige uma preocupação com aspectos relacionados com a comunicação verbal e não verbal (como, por exemplo, devendo deixar perguntas muito específicas para o final da entrevista e incentivando o entrevistado, dando a entender que o que relata é importante), bem como ao contexto físico de realização da mesma (preferencialmente um local com privacidade, distante de ruídos, que propicie o diálogo, previamente acordado entre ambos).

Na verdade, é importante termos em conta que, na realização das entrevistas, há condições gerais que podem afectar o seu desenvolvimento. Referimo-nos às variáveis espaço (lugar, conforto do mobiliário ou ruído), tempo (duração ou tempo disponível), agentes externos (interrupções por pessoas, telefonemas, actividade laboral) e à sua correlação. Assim, as condições físicas do local, o ritmo da entrevista ou elementos exteriores à mesma podem interferir na sua validade e fiabilidade e condicionar a relação entre o investigador e o entrevistado.

Nas entrevistas efectuadas, o papel do investigador foi essencialmente orientar o entrevistado, de forma pertinente e tão natural quanto possível, para as questões que não foram claramente abordadas na entrevista, ou para os objectivos estabelecidos quando o discurso deles se desviava. Igualmente, o papel do entrevistador, não se restringiu só a fazer perguntas de uma forma clara e inteligível, mas, também, pretendeu criar um clima favorável que permitisse ao entrevistado sentir-se à vontade. De uma forma geral, os entrevistados mostraram-se receptivos e motivados para cooperar na investigação.

Desta forma, tendo em conta que as realidades com que nos confrontamos, as entrevistas nem sempre corresponderam às expectativas teóricas do investigador, nem ao plano inicial do projecto de investigação. Fomos sendo flexíveis e compreensíveis com as diferentes justificações ou argumentos apresentados em diferentes situações, evitando condicionar ou forçar quaisquer

situações, de acordo com as características do investigador e da investigação, e, consequentemente, evitou-se criar qualquer tipo de conflito pessoal ou institucional.

É importante referir que as entrevistas foram realizadas numa fase em que o novo processo de contratualização nos CSP, agora representados pelas novas formas organizacionais, as USF, tinha em média um ano e meio de experiência⁷⁶. Até então, no âmbito dos CSP, tais processos não se encontravam ainda desenvolvidos de forma à criação de um processo de contratualização operacional e eficazmente aplicado aos CSP.

Tivemos consciência dos limites que este projecto de investigação pressupunha decorrentes, desde logo, do desfasamento temporal entre o momento da recolha de dados e a sua verificação histórica. Se por um lado, como sublinha Mendes (1999), a existência de um considerável distanciamento temporal entre o período focado e o da pesquisa pode ser vantajoso para que os factos - mesmo os mais exaltantes - possam ser interpretados num contexto histórico correcto “com o olhar desapaixonado que só um especialista pode garantir” (Mendes, 1999:101), por outro acarreta dificuldades acrescidas na reconstituição da memória dos factos por parte dos principais intervenientes no processo (nem sempre facilmente localizáveis e contactáveis).

Neste contexto, e dado o carácter distinto do papel desempenhado pelos vários actores no processo de contratualização, optamos por elaborar dois guiões de entrevistas, baseados num conjunto de questões abertas, que não pretendia erigir-se como uma grelha rígida, mas apenas como um ponto de referência para despoletar o discurso dos sujeitos. Estes guiões foram validados através das duas entrevistas piloto ou exploratórias, que se afiguraram bastante pertinentes na estruturação dos núcleos temáticos e dos respectivos tópicos das entrevistas subsequentes.

Procederam-se a alguns ajustes à estrutura inicialmente elaborada, especialmente na forma como se introduziam os temas mais polémicos ou comprometedores a nível da opinião pessoal. Seguindo algumas orientações, mencionadas anteriormente a propósito do instrumento da investigação, e em função da revisão de literatura internacional de referência para o tema da contratualização em saúde, em geral, e nos CSP, em particular, foram identificados elementos fundamentais e estruturantes que constituíram a base de construção dos dois guiões de entrevista (Anexo 1 e 2) utilizados no estudo. Um dos guiões foi usado com coordenadores, elementos da

⁷⁶ O processo de contratualização com as USF iniciou-se, precisamente, na fase em que as primeiras USF começam a sua actividade, em 2 de Outubro de 2006.

equipa da Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde da ARSLVT ou das Sub-Regiões de Saúde da RLVT (Anexo 1); o outro com elementos da equipa de direcção dos CS da RLVT (Anexo 2).

Ambos os guiões possuem cinco grandes blocos temáticos, inseridos com o objectivo de recolher a descrição dos acontecimentos experienciados por cada entrevistado. Procurou-se, sempre que possível, respeitar a ordem das questões incluídas nos guiões. Todavia, a opção sobre as questões a colocar, e a sua ordem, foi sendo tomada em função da própria interacção estabelecida com o entrevistado no contexto local.

No primeiro bloco temático (Bloco A) dos guiões pretendeu-se legitimar a entrevista, fazendo constar:

1. Informação ao entrevistado sobre o projecto de investigação (tema e objectivos específicos), em termos gerais.
2. Solicitação de colaboração e apelo a um esforço de memória reconstitutiva das experiências vividas há aproximadamente dez anos, sendo o seu contributo imprescindível para a prossecução do trabalho.
3. Segurança do carácter confidencial das informações prestadas.
4. Solicitação da autorização para a gravação da entrevista, assegurando que a mesma será destruída após a transcrição dos dados.

O segundo grupo temático (Bloco B) refere-se a um conjunto de questões gerais que permitam caracterizar, em termos sócio-demográficos e profissionais, o entrevistado, com especial enfoque sobre o cargo/função desempenhada à data da realização da primeira experiência de contratualização com os CS da RLVT.

Com o terceiro grupo de questões (Bloco C), procurámos obter as percepções dos entrevistados sobre o contexto/enquadramento estratégico do processo de contratualização em Portugal.

O quarto grupo temático (Bloco D), enquadrado numa lógica de partir do geral para o particular, tem por objectivo estimular o entrevistado a reavivar as suas vivências de

contratualização da Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde da ARSLVT com os CS, no período de 1996 a 2000.

No quinto grupo incluímos um conjunto de questões finais, de carácter mais abrangente, cujo objectivo central consistia em identificar os acontecimentos, ou factores mais marcantes (positiva ou negativamente) ao longo da participação do entrevistado no processo de contratualização nos CSP.

Os entrevistados, em número de dez, foram identificados pelas siglas das instituições de pertença, designadamente, ACSS LVT para os membros da equipa da Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde da ARSLVT; SRS LVT, para os elementos das Sub-Regiões de Saúde da RLVT e CS, para identificar os interlocutores entrevistados pertencentes a CS da RLVT.

De referir que, em dois casos, a pedido dos entrevistados, foi enviado com antecedência o guião de entrevista, para que o interlocutor pudesse previamente tomar contacto com o âmbito do estudo, reflectir sobre as questões ou até manifestar indisponibilidade para participar no estudo. Estávamos conscientes dos riscos advenientes desse procedimento, nomeadamente a inevitável, mas não desejável, pré-estruturação do discurso. Pretendíamos conhecer as representações dos interlocutores sem que elas fossem moldadas por leituras mais ou menos apressadas com o fito de revisitar os acontecimentos em causa. Dessa forma, queríamos homogeneizar o mais possível as condições de resposta em termos de recordação dos factos.

Apelando à realização de um exercício de memória reconstrutiva da sua experiência, foi pedido aos entrevistados que se reportassem ao período compreendido entre 1996/2001 e relatassem a sua experiência no processo de contratualização com os CS, quer em termos de expectativas, potencialidades e fraquezas do projecto, quer de outras opiniões conhecidas ao longo do processo de implementação, medidas tomadas para a divulgação, condições que deveriam ter existido para possibilitar uma evolução mais favorável do processo.

Esclarecendo melhor o modo como decorreram as entrevistas, podemos referir que foi efectuado um contacto prévio com todos os entrevistados através de correio electrónico e telefone, de maneira a apresentar os objectivos da entrevista e estabelecer uma primeira relação

para evitar as formalidades do primeiro encontro. Todas as entrevistas foram realizadas nos locais e horários indicados pelos entrevistados, coincidindo com o seu local de trabalho.

No contacto directo com os entrevistados, depois das naturais apresentações pessoais e dos objectivos da entrevista, sem ser apresentado o guião da entrevista, o entrevistador fez uma pequena contextualização do trabalho de investigação reforçando a importância que têm as opiniões do entrevistado para este estudo, fazendo-os sentir as vantagens da sua colaboração. Com relativa facilidade, na generalidade dos casos, o entrevistador conseguiu conduzir a um ambiente de confiança, tendo-se criado um espaço de enriquecimento mútuo, como se pode comprovar através de algumas citações apresentadas na interpretação dos dados.

As entrevistas foram conduzidas durante o último trimestre de 2008 e início do primeiro trimestre de 2009, assegurando-se a confidencialidade das respostas. Nos casos em que esta identidade é perceptível procurou-se autorização do entrevistado para tal eventual quebra de confidencialidade. Os dados foram trabalhados segundo a técnica de análise de conteúdo, um “instrumento polimorfo e polifuncional” (Bardin, 1998).

Aquando do pedido de marcação das entrevistas foi indicado um tempo de quarenta e cinco a sessenta minutos para a realização das mesmas. Na generalidade, o factor tempo não condicionou o normal desenrolar das entrevistas, tendo estas decorrido durante períodos de tempo que se ajustaram às necessidades, de acordo com os objectivos estabelecidos para as mesmas, variando entre o mínimo de quarenta e cinco minutos e o máximo de duas horas, e trinta minutos. As restantes entrevistas decorreram durante cerca de uma hora e vinte minutos. É de salientar que a entrevista, que decorreu durante mais tempo, foi realizada em duas sessões devido às interrupções na primeira parte que tinham a ver com o dia de atendimento público do entrevistado.

Numa primeira análise, a população teria de corresponder aos profissionais do sector da saúde que foram e/ou são testemunhas privilegiadas, isto é, de acordo com Quivy et al. (1998), interlocutores válidos que, pela sua posição, acção ou responsabilidades, têm conhecimento do problema. Não se verificando preocupações de generalização, a melhor estratégia de amostragem consistirá na utilização de uma técnica de amostragem não probabilística do tipo intencional (Moreira, C., 1994), que permita a obtenção de informação rica de casos para o estudo em profundidade.

Um aspecto importante destacado por Trivinos (1992) é o de que a escolha do tamanho da amostra numa pesquisa do tipo qualitativo é, em geral, balizada por critérios distintos dos da pesquisa quantitativa. Considerações como, a importância dos sujeitos para o esclarecimento do assunto em foco, o grau de dificuldade em se localizar as pessoas, o tempo disponibilizado pelos sujeitos para a realização de entrevistas, entre outros, são aspectos determinantes na configuração da amostra.

4.3 Caracterização da amostra

A definição da amostra foi determinada, essencialmente, por critérios de pertinência, quantidade e qualidade da informação fornecida pelos potenciais informantes.

Nesse sentido, foram estabelecidos contactos telefónicos e por e-mail, solicitando a realização de entrevistas a alguns dos principais interlocutores intervenientes na experiência de contratualização com os CS, na década de noventa, por parte da Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde da RLVT.

De um total de 17 elementos contactados (há alguns casos de pertença a mais que um grupo) foram realizadas 10 entrevistas (Anexo 6). As características sócio-demográficas dos entrevistados podem ser consultadas na tabela do Anexo 7.

Como é possível observar nessa tabela, as características demográficas dos entrevistados são bastante homogêneas, sendo que a média de idades dos entrevistados é de 47 anos e o grau de dispersão em torno da média, medido pelo desvio padrão, é relativamente baixo (de 3,71 anos).

Verificou-se, igualmente, uma distribuição perfeitamente equitativa em relação à variável sexo, com a presença de cinco mulheres e de cinco homens no leque dos interlocutores entrevistados. A nossa pretensão não foi constituir uma amostra estatisticamente representativa, mas, antes, adequá-la aos objectivos da investigação.

Assim, os quatro elementos da Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde da ARSLVT exerciam funções na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

(ARSLVT). Esta entidade foi criada pelo Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de Setembro⁷⁷, como uma pessoa colectiva pública, dotada de autonomia administrativa, financeira e de património próprio, sob tutela do Ministério da Saúde, tendo como atribuições: planejar, orientar, coordenar e avaliar os serviços prestadores de cuidados de saúde, integrando 3 distritos: Lisboa, Santarém e Setúbal, correspondendo cada um a uma Sub-Região de Saúde, abrangendo uma população de 3.378.999 habitantes, de acordo com o censo 2001. A rede de Cuidados Primários da ARSLVT contava com 87 CS e 414 extensões, distribuídos da seguinte forma: Sub-região de Saúde de Lisboa com 45 CS e 160 extensões; Sub-região de Saúde de Santarém com 22 CS e 174 extensões e Sub-Região de Saúde de Setúbal com 20 CS e 80 extensões.

Foram também entrevistados dois profissionais pertencentes à SRS de Setúbal, com funções de coordenação/direcção aquando da implementação do processo de contratualização nos finais década de noventa. A opção por restringir a recolha de opiniões de profissionais unicamente da SRS de Setúbal, constituiu uma escolha deliberada, resultante das dificuldades encontradas em estabelecer contacto com os profissionais das restantes SRS da região de LVT. Mas esta escolha também decorreu das informações recolhidas numa fase exploratória, através da auscultação de alguns dos profissionais envolvidos na experiência em análise, que, de uma forma generalizada, nos apontaram a SRS de Setúbal como a entidade sub-regional do distrito de Lisboa mais interventiva e dinâmica em todo o processo de contratualização com os CS.

Relativamente aos restantes quatro profissionais entrevistados, todos eles pertenciam a CS da RLVT, exercendo funções de chefia aquando da realização da primeira experiência de contratualização com os CS.

⁷⁷ E referir que o Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio, estipulou o modelo de instituto público para as ARS, definidas como pessoas colectivas de direito público integradas na administração indirecta do Estado, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Ainda de acordo com o mesmo diploma, foram extintas as Sub-Regiões de Saúde correspondentes às áreas dos distritos que coincidem com as sedes, a Sub-Região de Saúde de Lisboa, no caso da ARSLVT, IP. Por outro lado, com a publicação da nova lei orgânica, a ARSLVT, IP passou a ser responsável pela área geográfica correspondente aos NUTS III – Oeste, Grande Lisboa, Península de Setúbal, Médio Tejo e Lezíria do Tejo, à qual corresponde uma população total de 3.467.483 habitantes (CENSOS 2001). Passaram para a dependência da ARSLVT, IP os Concelhos do Oeste, anteriormente na ARS Centro (Alcobaça, Bombarral, Caldas da Rainha, Nazaré e Óbidos - 170.796 habitantes), e deixou de representar Mação e o Litoral Alentejano (82.312 habitantes) que passaram para a ARS Centro e ARS Alentejo, respectivamente (Ministério da Saúde, Relatório de Actividades de 2007 da ARSLVT).

4.4 Tratamento dos dados: a análise de conteúdo das entrevistas

Após a recolha dos dados, procurámos, então, proceder ao seu tratamento, através da análise de conteúdo da informação obtida. Existindo diferentes métodos de análise de conteúdo, a escolha deve ser feita tendo em vista, em primeiro lugar, o referencial teórico da investigação; em segundo lugar, a finalidade da análise e, em terceiro lugar, a avaliação das suas características que deve passar por ser clara, completa, fiel e relevante (Martins, 1989).

Tendo presente tais recomendações, por forma a obter uma interpretação, cuja fiabilidade e acuidade permitam o seu enquadramento nos desenvolvimentos teóricos e no objecto e objectivos assumidos neste estudo, procuramos edificar uma análise de conteúdo de tipo temático/categorial (Bardin, 1995), baseada na organização de uma grelha de análise estruturada com temas, reunidos depois em categorias mais abrangentes que se integram em diferentes dimensões de análise. Estas categorias são o mais possível “homogéneas, exaustivas, exclusivas, objectivas, adequadas ou pertinentes”, como sugere Bardin (2004: 31), por forma a assumirem um determinado corpus conceptual susceptível de conter e interpretar os diferentes temas que nelas pudessem ser classificados, estruturando-as, em seguida, em redor de três dimensões de análise.

Importa, ainda, realçar que o carácter específico do tratamento dos dados que procurámos empreender resultou, apenas, numa análise qualitativa, não se tendo, por isso, submetido a análise de conteúdo a processos quantitativos, como, por exemplo, a enumeração ou a contagem da frequência das palavras dos temas ou das categorias. Optou-se, antes, pelo recurso à técnica dos incidentes críticos, a qual pressupõe, na linha de orientação proposta por Estrela e Estrela (1994), a definição prévia de alguns critérios, tais como, a explicitação dos factores identificativos dos episódios relatados como incidente crítico (definição da situação, descrição precisa do comportamento observado na situação descrita, explicação das suas consequências observáveis), antecedido do devido esclarecimento sobre a conotação a atribuir ao termo crítico (que nos remeteu para o seu sentido etimológico, ou seja, aquilo que aparece claramente e não aquilo que é dramático ou merecedor de crítica).

Assim, na linha da proposta de Ribeiro (2003: 651), a metodologia utilizada procurou colocar em evidência os principais dilemas ou contradições subjacentes, bem como os valores individuais

e conflitos expressos nas diversas narrativas obtidas através das entrevistas realizadas, tornando assim possível a compreensão das suas representações sobre o processo de contratualização e os referenciais implícitos na prática de cada um.

Tendo, ainda, presente o modelo de análise das políticas públicas de saúde, em geral, e da implementação de processos de contratualização na saúde, em particular, de Savas (2000), no qual identifica três dimensões essenciais nas reformas ou processos de mudança - o contexto, o processo e o desenvolvimento - dos resultados obtidos com a análise das narrativas emergiram em três grandes dimensões de análise, a saber:

1. Contexto/enquadramento geral do processo de contratualização na saúde;
2. Contexto institucional de enquadramento do processo de contratualização na saúde;
3. Conceptualização e operacionalização do processo de contratualização nos CSP.

Dentro de cada dimensão foi possível identificar algumas categorias de análise. A identificação destas categorias foi feita à luz da análise de conteúdo das narrativas, da qual surgiram segmentos de texto interpretados como unidades de registo, resultante da relação dinâmica entre as condições de produção das narrativas a analisar e as condições de produção da análise.

Especificamos o conteúdo de cada uma das dimensões e de cada uma das categorias nela classificadas, apresentando uma definição conceptual que procura abarcar o seu significado (ver quadro constante no anexo 8).

Assim, de modo sistemático, e de acordo com os resultados obtidos depois de divididos pelas categorias e respectivas dimensões já referidas, procedemos, no capítulo seguinte, à apresentação e discussão dos dados e resultados de que dispomos.

Capítulo V. Análise e discussão dos resultados: a memória da contratualização no discurso dos actores

A análise desenvolvida com base na componente empírica do nosso trabalho deu origem a um conjunto de blocos temáticos relacionados com a identificação dos principais factores críticos que condicionaram o sucesso das primeiras experiências portuguesas da contratualização na saúde, em geral e nos CSP, em particular.

I) Contexto/enquadramento geral do processo de contratualização na saúde

I.1. Ambiente sociopolítico desfavorável

Durante o ciclo político iniciado em Portugal, em 1999, o governo assume explicitamente a “prioridade da saúde” e decide o consequente reforço no orçamento geral do Estado das dotações financeiras para a saúde. É constituída uma nova equipa ministerial, sem o desgaste que o exercício do poder provoca numa área tão exigente como é a da saúde.

Assiste-se, pois, à proliferação de medidas políticas no âmbito da saúde no final dos anos noventa e início do século XXI, mas os seus impactos foram diminutos, mercê, entre outros aspectos, da ausência de uma ampla base política, técnica e social de apoio e das discontinuidades da acção governativa, com um conjunto de iniciativas, entretanto interrompidas, abandonadas e/ou sem relevância (OPSS, 2005: 6-8).

Um dos entrevistados refere a este propósito:

“Parecia, então, existir as condições políticas indispensáveis para mobilizar uma base de apoio e, assim, dar continuidade a um conjunto de medidas de reforma, já legisladas, e algumas em início de implementação, como era o caso da contratualização na saúde.” (Ent. ACSS LVT 2)

A 1.^a fase de materialização das agências foi então interrompida com a mudança de equipa dirigente no Ministério da Saúde (finais de 1999 e início de 2000). Esta mudança causou algumas perturbações nos processos de implementação das mudanças, em particular quanto aos papéis desempenhados pelas agências. No fundo, à dimensão retórica da mudança sobrepôs-se uma reprodução das práticas anteriormente existentes, conforme é significado por um dos entrevistados:

“A pertinência do trabalho central das Agências (a negociação de contratos com os Hospitais e CS) foi relegada para um papel meramente formal e os Hospitais e os CS foram subitamente confrontados com o retorno da tradicional definição prévia dos níveis de financiamento. (...)” (Ent. ACSS LVT 1)

Assim, a partir de 2000, a agência de contratualização dos serviços de saúde da região de LVT continuou a funcionar como até aí,

“mas com poucas orientações ou interesse aparente na sua existência. Ora, como é evidente, este facto em nada facilitou a sua afirmação junto dos prestadores.” (Ent. ACSS LVT 3)

Isto, como observa um dos entrevistados,

“num ano em que uma das preocupações principais do Ministério era a contenção da despesa e em que se poderiam ter usado as Agências e através delas introduzir maior rigor e controlo no sistema.” (Ent. SRS LVT 2)

A este propósito, os actores entrevistados sublinham, ainda, que o “processo de negociação dos OP’s foi mesmo acusado de gerar mais despesa, pelo menos no caso dos Hospitais.” (Ent. ACSS LVT 4)

Assim, em 2001, foi dado por terminado o contrato que servia de apoio ao sistema de informação, daqui resultando atrasos significativos nos trabalhos de negociação e monitorização dos OP. Na opinião dos entrevistados, este facto veio dificultar, ainda mais, a sua afirmação junto dos prestadores e, naturalmente, descredibilizar as Agências no sistema, embora tenham voltado a ser citadas, nomeadamente no interesse expresso pela tutela na contratualização com hospitais.

Um dos depoimentos dos actores entrevistados sintetiza as conclusões que podem ser retiradas a propósito desta descredibilização:

“Neste contexto, considero que a criação das Agências constituiu uma novidade na tradição da implementação de reformas do sector Saúde em Portugal, e talvez por isso (mas não só, como é evidente) tenha sofrido da tendência que acompanha a maioria das reformas inovadoras, a de ficar pelo seu estágio inicial de execução – em resultado de mudança do executivo governamental.” (Ent. ACSS LVT 4)

Em 2002, as cinco Agências mantêm-se em funções, contratualizando com hospitais, e algumas com CS, mas o processo continua marginal em relação às decisões da administração de saúde.

Como sublinham dois dos entrevistados,

“Algumas Agências perderam a sua identidade física (passaram os técnicos remanescentes para funções dentro das ARS): a da RLVT foi provavelmente o caso mais marcante, pois praticamente deixou de funcionar, devido a incessantes rotações de pessoal, ao sabor das sucessivas mudanças na equipa dirigente da ARS LVT. As remanescentes, foram continuando a realizar algum trabalho de planeamento orçamental anual com hospitais, e a dar apoio técnico pontual às ARS: propostas de contratos com entidades não – estatais, estudos de produtividade, etc.” (Ent. ACSS LVT 4).

“As limitações portuguesas não são muito diferentes daquelas constatadas na contratação no RU. A diferença é que no RU a contratação foi continuada (apesar de mudanças de executivo governamental) e foi-se aperfeiçoando. (...) O Executivo Governamental pós – 2002 trouxe nova agenda estratégica para o sector Saúde.” (Ent. ACSS LVT 4)

No seguimento da análise efectuada por alguns autores, como Drucker (1996), Hamel et al. (2000), Jenkins (1995) e Shirley (1998 a), a qual aponta a falta de orientações apropriadas, por parte dos governos, como uma das principais dificuldades encontradas para o sucesso da contratualização na saúde, para a maioria dos entrevistados este projecto (a contratualização) deve ser perspectivado como um instrumento técnico de gestão do sistema, devendo ser “blindado”, tanto quanto possível, da volatilidade do sistema político-partidário, cujo tempo de vida é manifestamente insuficiente para a produção de efeitos de reformas estruturais. Sustentam, ainda, que ao poder político, compete apoiar o processo, sobretudo na fase inicial, até que este esteja suficientemente estabilizado, nomeadamente viabilizando projectos de investimento/reformas estruturais, que apenas são exequíveis se for garantido um quadro de actividade estabilizado e sua remuneração plurianual.

Como sublinham Miles e Snow (1984), uma das fragilidades inerentes à implementação da contratualização, suportada na criação de agências, está relacionada com a sua capacidade de adaptação às alterações no ambiente externo, que podem provocar uma necessidade de alteração estratégica, exigindo algum ajustamento de outros elementos organizacionais, tais como o processo de gestão e as estruturas organizacionais. Espera-se que a fragmentação e a autonomização dotem as organizações de mais agilidade, flexibilidade e maior capacidade de integração com a sua envolvente contextual (Pollit, 1990; Osborne e Gaebler, 1992).

Em suma, na perspectiva dos actores entrevistados, parece existir evidência suficiente para concluir que as alterações contextuais, de natureza sociopolítica e macroeconómica, contribuíram para a criação de alterações nos factores de contingência (que definem quais as organizações que sobrevivem), reforçando-se, assim, a ideia de que a contratualização é um processo eminentemente contingencial, dependente das características dos sistemas de saúde. Por outro lado, é também um

processo político, sujeito a pressões de diferentes grupos e opções partidárias (WHO, 2000; England, 2000; Figueras et al., 2005; Mills, 1997; Robinson e Le Grand, 1995; Saltman, 2002). De facto, este processo parece ter sido prejudicado, de forma notória, pela fraca determinação política na sua primeira tentativa de implementação na saúde. Neste sentido, os actores entrevistados defendem que a consolidação do processo é um projecto de médio/longo prazo, que exige continuidade, mas que tem uma grande imprevisibilidade, dada a sua grande dependência da vontade política.

I.2. Inoperacionalidade das Reformas Anteriores

São evidentes as dificuldades de implementação das políticas de saúde em Portugal, mesmo quando já expressas em normas legislativas formalmente aprovadas (OPSS, 2001). A percepção da maioria dos entrevistados face ao processo de contratualização vai de encontro a esta constatação.

Toda a informação recolhida aponta para a insuficiência de enquadramento e de acompanhamento do limitado número de novas experiências de gestão nas unidades prestadoras de cuidados de saúde primários, nos finais da década de noventa, em Portugal. Neste enquadramento, entende-se que “se assistiu, de certa forma, ao desperdício dos investimentos públicos, humanos e técnicos, feitos nos dispositivos de contratualização.” (Ent. CS 1) Na verdade, é relativamente consensual a ideia de que a estratégia da contratualização das Agências com os CS esteve muito dependente da “reforma” (não realizada) organizacional dos CSP:

“Várias outras medidas reorganizadoras da anterior equipa ministerial foram também suspensas. E várias dessas outras medidas eram críticas para a continuação da reforma organizativa preconizada com as Agências.” (Ent. ACSS LVT 2)

Deste modo, as expectativas positivas quanto à reforma organizativa no sector da saúde, em geral, e nos CSP em particular, na década de noventa, não se confirmaram, tendo-se assistido, como refere um dos entrevistados, “a uma paralisação quase completa das principais medidas da reforma antes aprovadas, sem a preparação e implementação de soluções alternativas”. (Ent. CS 1)

Apontaram como exemplo, as potencialidades, não exploradas, que o projecto associado à constituição dos CS de 3ª geração, com a introdução progressiva de remunerações associadas ao desempenho, aliada à implementação dos SLS e das ULS.

Como sublinham alguns dos entrevistados da ACSS da região de LVT,

“Hoje, estou em crer, que a experiência (da contratualização) poderia ter sido mais completa se a iniciativa dos SLS tivesse materializado mais alguns passos de implementação, e obrigasse à operacionalização de parâmetros de diferenciação de necessidades (e à constituição de grupos de CS compradores de serviços dos hospitais de referência).” (Ent. ACSS LVT 4)

“Com este impasse, eliminou-se a possibilidade de o comprador forçar às instituições hospitalares contratos baseados nas necessidades – dos SLS – que permitiriam criar orçamentos prospectivos diferentes (incentivar a capacidade instalada a responder “para fora”, por regimes de pagamento diferenciais).” (Ent ACSS LVT 2)

Como consequência, e como menciona outro dos entrevistados,

“enraizou-se nos profissionais de saúde a ideia de que a nova legislação de CSP ia evoluindo - em múltiplas versões – mas sem integrar a sua experiência ou envolvê-los efectivamente.” (Ent. CS 3)

Refira-se, todavia, que, nem todos os entrevistados concordam com as virtualidades que se pretendem associar ao projecto da criação e constituição das ULS. A posição assumida por um dos entrevistados ilustra bem esta divergência:

“Não vejo com muito bons olhos a transformação dos CS em serviços-satélite do hospital-sede, fortemente condicionados por uma “voracidade orçamental” dificilmente controlável, e a sua submissão aos “interesses maiores” desse mesmo hospital. Conhecendo-se a cultura ainda hoje dominante na gestão dos serviços de saúde, na sua essência hospitalocêntrica; conhecendo-se a natureza da instituição hospitalar, inevitavelmente concentradora, intensiva, de tecnologias e outros recursos – todos eles caros; conhecendo-se a imensa dificuldade de desconcentração da gestão/tomada de decisão, hoje ainda como realidade patente nos nossos hospitais; e conhecendo-se, que a gestão única adentro do próprio hospital ainda não conseguiu gerar a “boa articulação” e complementaridade dos próprios serviços que hoje alberga, e que desde sempre o integraram, que resultados poderemos esperar? Vislumbro, desde logo, um, a meu ver, inevitável: a descaracterização e a perda de identidade dos CSP decorrentes da sua total perda de autonomia.” (Ent. CS 1)

Subjaz aqui a problemática, também por nós afluída na parte teórica deste trabalho, em torno da integração de serviços versus a integração de cuidados, ou dito de outra forma, a integração da gestão num conselho de administração único (tradicional), com a consequente integração/unificação da gestão operacional e organizacional do hospital e dos CS envolventes, ou em alternativa, a integração de cuidados (estratégias que, como vimos, têm sido alvo de reflexão, por parte de diversos autores em Portugal, nomeadamente Santana e Costa (2008) e Ramos (2009)). Igualmente patente está a consciência do risco de as ULS poderem subalternizar os CSP (em autonomia e em afectação de recursos, tanto humanos como de orçamento).

No plano regional, ao nível da ARSLVT, os responsáveis pela agência desta região de saúde entrevistados, salientam que, em 1996, foram definidas quatro iniciativas estratégicas

fundamentais: a elaboração de uma estratégia de saúde regional; o plano de intervenção sobre o acesso; o projecto ALFA; a agência de acompanhamento dos serviços de saúde (que começava com a discussão dos OP dos hospitais). Tais iniciativas foram percebidas por alguns dos entrevistados como indutoras de,

“mais funcionalidade na administração pública de saúde, ao serviço das pessoas, já que permitiriam uma maior autonomia e inovação nos modelos organizacionais, facilitando a adaptação às características locais.” (Ent. CS 4)

Como sublinha um dos membros da ACSS da ARSLVT entrevistado,

“Em 1996 surgiu, na RLVT, um projecto completamente inovador no panorama nacional: o “projecto Alfa.” Pretendia-se, essencialmente, estimular soluções organizativas, a partir da iniciativa dos profissionais, que aproveitassem melhor a capacidade e os meios existentes nos CS do SNS, permitindo argumentar, a partir daí, a captação de mais recursos para o sistema, de acordo com as necessidades existentes. Após algumas avaliações dos grupos Alfa surgiu o Regime Remuneratório Experimental (RRE) dos Médicos de Clínica Geral, ao mesmo tempo que se faziam esforços por alargar esta reflexão a outras profissões da saúde. Penso que a inovação na forma de remuneração, associada ao desempenho, na AP, foi valorizada pelos profissionais que aderiram, voluntariamente a este projecto, assim como a expectativa de ver o seu trabalho avaliado e provavelmente reconhecido. Mas outro dos aspectos que penso ter sido também bastante valorizado foi a expectativa que estes profissionais tinham sobre o aumento de autonomia.” (Ent. ACSS LVT 1)

Todavia todos estes projectos não foram muito bem sucedidos. Associado a esse pretenso fracasso esteve, na opinião dos entrevistados, essencialmente, a fraca capacidade de desenvolvimento das competências e potencialidades dos profissionais envolvidos nos projectos.

“Os projectos Alfa constituíram uma novidade na organização e gestão de cuidados de saúde familiares com base na iniciativa de quem conhece as especificidades locais. A história dos grupos Alfa mostra que existem oportunidades de inovação, com bons resultados, que não dependem de instrumentos legislativos.” (Ent. ACSS LVT 2)

Não obstante,

“o facto de este segmento de profissionais parecer um grupo com uma capacidade de iniciativa, de inovação, de resolução de problemas e dedicação elevados chama a atenção para a necessidade de desenvolver sistemas de avaliação, contrapartidas ao esforço desenvolvido e reconhecimento, sob pena de se perder a iniciativa destes profissionais para o desenvolvimento do sistema público de prestação de cuidados de saúde.

“(…) A organização e a gestão determinam o desempenho do sistema através dos seus profissionais, dos seus conhecimentos, empenho e acção. Por isso, o essencial é conseguir desenvolver e aproveitar bem as capacidades e as potencialidades humanas existentes. As pessoas que mais podem contribuir para melhorar os CS são os seus profissionais — desde que tenham poder para tal. Daí que seja necessário combinar os princípios da descentralização com iniciativas de melhoria da qualidade, promovendo a emergência de lideranças locais e a criatividade e empenhamento das equipas e dos profissionais” (Ent. ACSS LVT 1)

Todavia, apesar de todas estas hipóteses de institucionalização não terem passado de processos descontinuados, tais iniciativas demonstram, de acordo com a posição assumida pelos entrevistados, que já se tinha identificado, em Portugal, a necessidade de mudança organizativa para apoiar as reformas sectoriais: a separação entre financiador e prestador resultou de diferentes diagnósticos sobre os limites do modelo integrado de comando e controlo para a intervenção pública em Saúde.

Em suma, não tendo havido consenso quanto à percepção dos entrevistados de todos estes projectos experimentais de reorganização dos CSP, podemos afirmar, no entanto, que a maioria das opiniões recolhidas percepcionou tais projectos como iniciativas com elevado potencial para, na senda da gestão descentralizada e participada, funcionar como elementos facilitadores da implementação da contratualização na saúde.

I.3. Debilidades na condução “política” do processo

A protecção da saúde é hoje considerada como um direito civilizacional, o que implica que a salvaguarda deste direito é sobretudo “uma responsabilidade da sociedade e das suas instituições democráticas.” (Ent. ACSS LVT 2). Tal como noutros países ocidentais, a existência em Portugal, de um sistema público de protecção da saúde, enquadra-se nesta dinâmica, sendo um factor decisivo para a melhoria sustentada dos indicadores de saúde da nossa população:

“Mais do que um direito constitucional, a protecção da saúde deve ser considerada como um dos grandes pilares de uma sociedade democrática e plural.” (Ent. SRS LVT 2)

No entanto, na perspectiva dos entrevistados, têm-se subestimado, consistentemente, a capacidade e o investimento técnico e político necessários para fazer a transposição para o terreno de um leque de medidas legislativas necessárias para combater algumas das principais “fragilidades fundacionais” (OPSS, 2001) do SNS português.

Regra geral, “a gestão estatal dos serviços públicos (e a saúde não é excepção) tem-se revelado pouco eficiente, improdutivo e geradora de desperdício.” (Ent. CS 1)

É perceptível na análise de conteúdo das entrevistas realizadas, a importância atribuída à necessidade de concepção de políticas e dispositivos de governação de saúde, fundamentados em

termos técnicos, científicos e políticos, capazes de definir, em pormenor, os resultados esperados das medidas adoptadas de forma realista e objectiva.

A experiência internacional europeia é fértil em exemplos que apontam para o facto de ser a fragilidade dos mecanismos de formulação de políticas, de regulação e de contratualização os principais obstáculos colocados às reformas da prestação dos cuidados de saúde.

Como refere o OPSS (2001), “na implementação das políticas de saúde é contraproducente o desenvolvimento de medidas desgarradas do contexto estratégico estabelecido” (OPSS, 2001: 26), contexto esse, matizado social, cultural e economicamente, que tem de servir, e ser servido, pelo modelo de organização da saúde que for desenvolvido.

Torna-se, pois, necessário actuar num grande número de questões concretas, de uma forma rigorosamente concertada, de modo a fazerem sentido no seu conjunto. Na opinião dos actores entrevistados, uma das chaves fundamentais da governabilidade da saúde está na (in)existência de capacidades técnicas e políticas e de instrumentos de informação, comunicação, negociação e decisão indispensáveis para este tipo de concertação.

Todas estas questões prendem-se, à partida, com o debate sobre a natureza da liderança nas políticas públicas de saúde (stewardship). Esta liderança é vista, por alguns, como “a de uma governação que, dedicada ao bem-estar das populações, se preocupa com o sentimento de confiança e legitimidade com que as suas acções são vistas” (Saltman, 2000) e integra a ética de governação e a capacidade de organizar essa governação de forma efectiva - no desenho do sistema, na importância atribuída ao cidadão, na existência de uma regulação social real.

Na opinião da maioria dos actores entrevistados, apesar de recorrente no discurso político, a ideia da centralidade do cidadão na reforma da saúde (que, como vimos, se enquadra nas propostas da NGP) tem ainda pouca expressão prática. E como refere um dos entrevistados,

“Não é possível reformar a saúde sem alterar consideravelmente a relação do cidadão com o seu sistema de saúde. Sem atribuir mais poder ao cidadão – informação sobre a realização dos objectivos do sistema de saúde e sobre o acesso e a qualidade de cuidados de saúde de que necessita, capacidade de escolha e reclamação sem penalização, participação e representação adequada nas decisões sobre a utilização dos recursos colectivos e satisfação face aos resultados – a reforma da saúde em Portugal será difícil de realizar. Esta não é, de todo, uma questão meramente retórica. Existem instrumentos concretos que permitem realizá-la.” (Ent. ACSS LVT 2)

Em relação ao direito à informação, por exemplo, consideram que o cidadão tem pouca informação em relação ao sistema de saúde de que é contribuinte e utilizador, e sublinham,

também, a necessidade de aquele passar a ser encarado como “instrumento de democratização e não numa moda oca na substância e por vezes até na forma.” (Ent. CS 4).

Consideram, ainda, que o direito de escolha nos serviços de saúde é, frequentemente, espartilhado por obstáculos administrativos, muitas vezes desnecessários.

Outro dos problemas prende-se com o acesso aos cuidados de saúde.

“O grau de descontentamento das pessoas tem de ser analisado com alguma atenção. Regra geral, nós temos uma percepção do sentir das pessoas a partir de aspectos negativos importantes. Temos, sem dúvida, um problema de acessibilidade, devido à existência de listas de espera, que penaliza a forma como se vê o SNS.” (Ent. CS 2)

Em suma, entende-se que os cidadãos – utentes mantêm ainda uma posição de “actor mais fraco” no sistema. Por um lado, porque continuam a ter poucas alternativas de escolha de prestadores. Por outro lado, porque têm pouca informação, facto que conduz ao fortalecimento da relação de “agência” (tida como inevitável, dadas as idiossincrasias do sector da saúde, afloradas na parte teórica deste estudo), pelo que se pode concluir que “são ainda bastante frágeis os mecanismos democráticos existentes para sua participação.” (Ent. CS 3)

Não obstante, sobretudo os directores de CS, sublinham os avanços registados ao nível dos mecanismos de intervenção do cidadão, a título individual, seja através do Gabinete do Utente, do Livro de Reclamações ou outras, que, na sua opinião “consubstanciam uma componente importante na auscultação do sentir da população decorrente do contacto com os serviços.” (Ent. CS 2)

Registam, ainda, como positivo, aquando da tentativa de implementação da contratualização na saúde, na década de noventa, a existência de várias instâncias de participação dos cidadãos previstas pela Lei de Bases da Saúde (1990) e pelo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (1993), que se distribuíam segundo os níveis nacional, regional, concelhio e das instituições prestadoras. Ao nível nacional, o Conselho Nacional de Saúde, um órgão de consulta do Governo; ao nível regional, o Conselho Regional de Saúde, que se constituía como um órgão consultivo das ARS; ao nível concelhio, as Comissões Concelhias de Saúde, órgãos de consulta das ARS; finalmente, ao nível das instituições prestadoras, no caso dos hospitais, os Conselhos Gerais, órgãos de participação e consulta (art. 1º, 2º e 25º a 27º do Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro) e, nos CS, os Conselhos Consultivos (art. 19º, 28º e 29º do DL n.º 157/99). A própria criação da

função de agência e das comissões de acompanhamento externo dos serviços de saúde, envolvia unidades representantes da Agência com funções de negociadores com as instituições de cada unidade de saúde e elementos representativos da população dessa mesma área, sejam as autarquias, sejam organizações de adesão voluntária (de defesa do consumidor, Ligas dos Amigos dos Hospitais, Misericórdias, etc.).

De salientar a opinião de um dos entrevistados, quando afirma:

“É evidente que os chamados serviços de proximidade – e que incluem os cuidados na comunidade, os cuidados de saúde pública, os cuidados de saúde familiar, a promoção da saúde, etc. – não podem deixar as autarquias de fora. Quando iniciamos os processos de contratualização, em 1996, um dos locais onde começamos, por razões meramente circunstanciais, foi no Hospital Amadora-Sintra. Era um hospital complicado de gerir e pensámos que a contratualização era urgente. A primeira pessoa com quem falei foi com o presidente da Câmara da Amadora, a quem pedi para indicar uma pessoa da autarquia, sem ser político, para acompanhar todo o processo da contratualização. Foi acordado que seria alguém ligado aos serviços do consumidor por serem as pessoas que ouvem mais os utentes e que podiam apresentar, de forma mais fidedigna, o ponto de vista do utente e do consumidor. Não podemos esquecer que um dos problemas do SNS é que foi um serviço concebido sob o ponto de vista da oferta, nascendo cego sob o ponto de vista da procura (...) os serviços de saúde são os reflexos das sociedades.” (Ent. ACSS LVT 2)

Todavia, os entrevistados sublinham que os resultados do funcionamento de tais instâncias, bem como as matérias alvo de debate e as respectivas consequências, ainda não chegaram a ser conhecidas do grande público. Por outro lado, consideram que o próprio esvaziamento do processo de contratualização e das Agências, colocou em risco o próprio direito de representação dos cidadãos.

Outra das questões abordadas ao longo das entrevistas realizadas, relacionadas com esta categoria de análise, prende-se com a importância atribuída à criação de dispositivos reguladores na saúde, “que acompanhem, apoiem e disseminem a inovação na organização dos cuidados de saúde.” (Ent. CS 1)

Como refere um dos entrevistados,

“Há um grande número de bons serviços de saúde em Portugal. Existem inovações significativas na organização dos cuidados de saúde. Faltam, na minha perspectiva, dispositivos reguladores que acompanhem, apoiem e disseminem a inovação. Sem isso os bons exemplos não confluem, mantêm-se isolados e eventualmente diluem-se com o enfraquecimento dos seus promotores.” (Ent. SRS LVT 1)

O modelo de contratualização na saúde caracterizava-se pela tentativa de separação progressiva das funções de provisão das de financiamento, isto é, das relações entre

financiadores/compradores e produtores/fornecedores. Na decorrência desta mudança, como sublinha Ferreira (2004 b), o papel do Estado torna-se, efectivamente, diferente mas não “menor” e também mais exigente, complexo e sofisticado, dadas as alterações sistémicas inerentes às características da reforma.

Como sublinha um dos entrevistados, esta mudança

“confere ao Estado novas obrigações – principalmente de regulação, controlo e avaliação –, e exige – do sector privado, e dos utentes – maior participação na produção, nos gastos e no financiamento do sistema de saúde.” (Ent. ACSS LVT 3)

Todavia, como argumenta um dos directores de CS,

“Todos sabemos que a nossa sociedade aceita mal os processos de acreditação e avaliação, mas, depois, queixa-se! (...) Volto ao ponto: é este patamar de aceitar regras sociais – sempre, não só quando nos convém! – que caracteriza a sociedade que é capaz de ter aquele serviço de Saúde para todos e com qualidade.” (Ent. CS 3)

Segundo alguns dos actores, testemunhas da época 1996/97, a intenção de instalar as Agências de Contratualização no SNS português foi, parcialmente, incentivada pela avaliação de experiências em curso na Região Europeia da OMS. A inspiração nesta avaliação direccionava-se para a introdução na gestão dos serviços de saúde públicos de alguma forma de regulação (ou reequilíbrio) de poderes entre actores (financiadores, prestadores e utentes). Os sistemas de saúde públicos (tanto os de propriedade pública e financiamento por impostos – SNS, como os baseados em Segurança Social) tinham permitido aos agentes (prestadores e gestores) “tomar conta” dos sistemas (para os seus próprios objectivos), distanciando-se dos objectivos sociais e políticos iniciais. Assim, as Agências (e a contratualização) tentaram “externalizar” o SNS, no sentido de dar resposta às necessidades e apresentar os resultados da sua actividade ao escrutínio público.

Porém, na perspectiva dos entrevistados, a execução das intenções de regulação exigiria, aos vários actores no sistema prestador, a inclusão de cláusulas de responsabilidade social nos contratos, para além dos conteúdos empresariais habituais e de estruturas de accountability e de proximidade (e que não chegou a ser concretizado).

Por último, sublinha-se que a reforma da AP, em Portugal, orientada pelo modelo de gestão pela qualidade, requer a identificação e desenvolvimento das competências dos funcionários, recorrendo à avaliação do desempenho como um instrumento de promoção de uma cultura de mérito que aumente os níveis de eficiência e qualidade.

II) Contexto institucional de enquadramento do processo de contratualização na saúde

II.1. Adequabilidades das práticas organizacionais e das formas organizacionais

Os problemas culturais na responsabilização pelo cumprimento de objectivos, aos vários níveis, são apontados como um dos obstáculos intransponíveis que concorreu para a ineficácia do processo.

“Naturalmente que a crescimentos acelerados e não coordenados, sem metas quantificáveis, sem auditorias, segue-se, alguns anos mais tarde, inevitavelmente uma contracção face ao esgotamento de recursos, sem resultados visíveis. (...) Dá-se uma espécie de efeito acordeão.” (Ent. ACSS LVT 2)

Na análise de conteúdo das entrevistas efectuadas, perpassa, pois, a ideia de que era necessário introduzir uma nova cultura na saúde, fundada na convergência de dois factores aparentemente irreconciliáveis: a qualidade na prestação de cuidados de saúde e a optimização da utilização dos recursos disponíveis.

“Uma das chaves fundamentais da governabilidade da saúde está na (in)existência de capacidades técnicas e políticas e de instrumentos de informação, comunicação, negociação e decisão indispensáveis para este tipo de concertação.” (Ent. ACSS LVT 3)

Faz-se, ainda, referência ao facto de se manter o hábito de aprovar orçamentos previamente reconhecidos como insuficientes e justificando soluções (suplemento financeiro) de negociação política (critérios subjectivos).

Na visão de alguns dos entrevistados, a falta de um apoio definitivo à inovação, mesmo quando existe legislação que a facilita, assim como a debilidade de mecanismos de responsabilização na administração de saúde, explicam, em parte, o carácter marginal da inovação na organização e gestão dos serviços de saúde portugueses.

Neste contexto a criação das ACSS é percebida como:

“um nicho da Administração que tentava reagir à turbulência e gerir a inovação, enquanto o resto (maioria) da máquina administrativa continuava em regime de burocracia mecanicista.” (Ent. ACSS LVT 1)

Sublinha-se que, para que a contratualização deixe de se limitar a experiências com efeitos localizados, e sem indução de mudanças na administração da rede prestadora (“virar para fora”), é necessário que “os contratos sejam parte de uma reforma abrangente, com várias outras intervenções (incentivos aos actores, qualidade do planeamento, mudança na configuração das organizações encarregues da gestão e detentoras de poder de decisão, etc.).” (Ent. SRS LVT 2)

Quando convidados a reflectir sobre o contexto/enquadramento institucional do processo de contratualização em Portugal, na década de noventa, nos CSP, as narrativas dos entrevistados, evidenciam, desde logo, a existência, do lado da prestação de CSP, de CS sem autonomia gestionária (administrativa e financeira), na dependência tutelar das ARS/SRS. Na perspectiva dos entrevistados, tal circunstância aponta para a necessidade de mudanças estruturais nos CS e nos CSP, com atribuição de maior autonomia de gestão nos CSP, em sintonia, aliás, com as reivindicações das organizações profissionais do sector, em especial a APMCG.

A pouca autonomia das unidades prestadoras públicas chega mesmo a ser percebida por um dos actores como “sinónimo de aceitação da multiplicidade de regras impostas pela direcção central, em troca do conforto da ausência de riscos.” (Ent. CS 3)

“A centralização da gestão origina desajustes inevitáveis a realidades locais em vez de avaliar, melhorar, disseminar, apoiar e recompensar boas experiências no terreno. A mudança baseada nas iniciativas locais, num sistema altamente burocrático, centralizado e com grande volatilidade das equipas ministeriais corre o risco de ser obstruída a vários níveis e de nunca alcançar dimensão crítica suficiente para mudar o modelo organizacional dominante. É necessário procurar, ensaiar e adoptar a medida certa.” (Ent. ACSS LVT 2)

A existência de diversos dispositivos organizacionais autónomos e desarticulados dificulta, na visão dos actores, quer a descentralização de competências e responsabilidades, quer a coordenação dos mesmos e do sistema de saúde em geral. As descontinuidades e contradições nas orientações e prioridades das políticas de saúde nacionais revelam processos de decisão centralizados e pouco fundamentados em termos científicos e técnicos, sem capacidade de promover o debate público e sustentar uma intervenção real dos movimentos de cidadãos e das autarquias na saúde.

O sistema centralista de organização da produção de cuidados de saúde, em geral e nos CSP, em particular é, pois, percebido como um factor de bloqueio, não indutor da eficiência na

utilização dos recursos, nem da adequação da produção às necessidades e exigências dos consumidores/doentes.

As fragilidades da governação da saúde em Portugal evidenciam-se, ainda, nos desencontros entre as necessidades da população e os modelos de gestão e administração dos recursos e dos equipamentos de saúde, particularmente visíveis nas desigualdades de acesso efectivo a cuidados de saúde e na “marginalização do CS, (...) ainda muitas vezes considerado o parente pobre do SNS.” (Ent. SRS LVT 2)

Advoga-se, pois, que a implementação da reforma deve ser gerida como um exercício de planeamento estratégico (etapas claramente pré – definidas, objectivos finais e metas intermédias, mecanismos de avaliação, liderança política).

O passado do SNS, marcado por um tipo de planeamento central, elaborado em forma de colaboração entre Departamentos de Estudos de Planeamento da Saúde (DEPS) e outras direcções centrais do Ministério da Saúde, foi outro dos factores contextuais apontados por alguns dos entrevistados como entrave à implementação e disseminação da contratualização na saúde. Tradicionalmente, definem-se “grandes planos integrados” para várias zonas do país, mas “não acontecia nada ou acontecia pouco no terreno.” (Ent. SRS LVT 2)

Entre 1995 e 1999 assistiu-se a um esforço no sentido de definir estratégias e metas para a saúde em Portugal, surgindo um resultado inovador neste processo. Pela primeira vez existe em Portugal uma estratégia para a saúde, uma estratégia clara, escrita, explícita, contemplando mudanças no sistema do SNS, que tem como um dos seus objectivos principais conseguir ganhos em saúde. Esta estratégia foi aprovada pelo Conselho de Ministros e por todos os partidos representados no Parlamento (Ministério da Saúde, 1996; 1997; 1999a; 1999b; 1999c).

Todavia, a falta de tradição estratégica reflectiu-se na não existência de um consenso relativamente ao aspecto conceptual do planeamento estratégico, que poderá indiciar uma fragilidade teórica subjacente ao processo de planear estrategicamente, indicando necessidades de formação dos gestores e administradores públicos nestas matérias (Craveiro e Ferrinho, 2001).

Por último, foi amplamente reconhecido que uma das maiores limitações do processo foi a dificuldade de coordenação dos diversos actores. Esta dificuldade foi atribuída à não existência de uma administração central de saúde com poderes executivos e de coordenação técnica.

Em suma, as observações recolhidas sobre a primeira experiência de contratualização com os CS na região de LVT, suscitam algumas reflexões sobre os requisitos a reunir para o sucesso da contratualização, tendo em vista o aperfeiçoamento de um modelo de intervenção, que, para a maioria (mas não para a totalidade dos entrevistados) parece ser inevitável.

Em primeiro lugar, refere-se que “não se deve dar à urgência, ainda que compreensível, um peso determinante para implementar de imediato novas soluções no terreno”. (Ent. CS 4) O facto de não se verificar, previamente, o sucesso das medidas, antes de as alargar a outras dimensões, é um factor de risco muito elevado, que deve ser ponderado com prudência.

Ao nível dos prestadores, tem de ser aceite, como necessidade, a existência de uma terceira parte com quem se partilhe a discussão de “onde se está”, de “para onde se quer ir e como”, e que essa discussão, para ser consequente, se faça ligada aos meios a utilizar nesse caminho.

Por outro lado, é mencionada a necessidade de criação de uma equipa de gestão estratégica e de outra executiva, as quais se responsabilizariam pela condução do processo e apoio/ligação aos órgãos regionais e Governo, promovendo a articulação periódica entre as Agências (ou outro organismo, que funcione como a terceira parte) para garantir uniformidade geral dos procedimentos, respeitando a discricionariedade regional e apostando forte na formação dos seus elementos.

Das estruturas regionais de contratualização (na altura, as agências), espera-se autonomia, capacidade técnico-científica de um conjunto multidisciplinar de técnicos que trabalhem de forma articulada com representantes da população organizada. Para o efeito, entende-se que essas estruturas devem ter garantias de estabilidade para os seus membros e mecanismos de remuneração atraentes, chegando mesmo a propor-se que o seu financiamento seja indexado ao volume de negócios, assumindo o efeito dos custos de transacção nas decisões políticas e assegurando-se a necessária autonomia das estruturas regionais em relação ao poder político.

No tocante à forma organizacional e nível de actividade da instituição estatal negociadora/compradora, os profissionais entrevistados apoiaram, maioritariamente, a função agência de contratualização a nível regional/sub-regional, não havendo, no entanto, consenso sobre a sua inserção paralela à “linha hierárquica”, enquanto elemento facilitador da preparação, negociação e monitorização dos contratos (combinando standards nacionais com especificidades locais e complexidade da produção médica). Assim, o nível apropriado para a inserção das organizações encarregues da contratualização parece ser o regional ou sub-regional. Os argumentos listados pelos profissionais entrevistados incluem: a) a complexidade de informação necessária à negociação de contratos, a qual pode ser incompatível com o seu tratamento centralizado; b) a menor escala permite relações pessoais apreciadas pelos técnicos médicos (cooperação, lealdade, profissionalismo); c) a “prestação de contas” poder contar com as especificidades locais. A inserção a nível regional permite ainda, na perspectiva dos profissionais entrevistados, o acompanhamento pelo cidadão, favorecendo a tão necessária “prestação de contas” (a escala local pode favorecer a transparência de informação nos documentos dos contratos).

A inserção paralela à “linha hierárquica”, para alguns dos actores, justifica-se pelo facto de as Agências materializarem o distanciamento “desejável” entre o comprador/financiador e os prestadores, afigurando-se como um agente que procura equilibrar a assimetria de informação a favor do comprador. Por outro lado, advogam ser necessária a existência de uma estrutura que dialogue tecnicamente, quer com diferentes instâncias no Ministério da Saúde (incluindo aqueles que levarão às unidades prestadoras os incentivos adequados para aderirem à mudança), quer com as unidades prestadoras que vão realizar o trabalho, as quais, no final consigam efectuar o tratamento e análise de grandes volumes e diferentes fontes de informação.

No entanto, as opiniões divergiram quanto à localização da função agência. Se, para alguns, a garantia de uma efectiva separação entre financiamento e prestação exige que as Agências tenham uma posição independente das ARS, sob o ponto de vista funcional, para outros, a função agência deve ser mais uma das funções a desempenhar pelas ARS's.

Todavia, alguns dos interlocutores entrevistados defendem que o desenho e inserção institucional das ACSS não facilitaram a realização dos diversos objectivos previstos no Despacho da sua criação.

“O trabalho das Agências previa justaposição de tarefas dispare, que dificilmente seriam realizadas com qualidade por uma organização em regime experimental, como se pretendeu fazer.” (ACSS LVT 1)

Na opinião de alguns dos entrevistados, manifestou-se, também, o risco de sobreposição de actividades das novas Agências com as funções já tradicionais das ARS (e, paralelamente, o risco de atritos entre os novos e velhos titulares dessas funções).

“A manifestação mais imediata foi a da aparente sobreposição de actividades entre Agências e os Departamentos de Planeamento das ARS: ambas recolhiam informação sobre população e serviços.” (ACSS LVT 1)

Como refere um dos responsáveis pela ACSS de LVT,

“as Agências (libertas da rotina diária da administração) ao procurarem descortinar as causas e sinais de eficiência, eram obrigadas a cruzar/integrar informação que até aí era mantida segmentada/verticalizada por departamentos específicos dentro de cada ARS (por exemplo, serviços – pessoal / produtividade – custos).” (ACSS LVT 1)

Independentemente de se saber se os proponentes das Agências estavam ou não conscientes da turbulência que estas iriam criar a nível regional (a organização paralela, com novos equipamentos, “nova inteligência” - informática, novos estilos de trabalho, desligada das desprestigiadas funções de gestão de rotina) - o que é certo é que advogaram, explicitamente, a sua criação, incluindo a montagem de uma estrutura de coordenação com existência material no Ministério da Saúde: o Secretariado Técnico das Agências.

Por outro lado, as Agências, “como organização nova, paralela e experimental, foram obviamente leves em recursos” (Ent. ACSS LVT 1), e, tanto por essa razão, como pela urgência em abordar os problemas de eficiência e custos da gestão das unidades prestadoras, concentraram-se nesta área de trabalho, relegando para segundo plano a explicitação de necessidades (que exigiria recursos em epidemiologia, inexistentes) e a expressão dos utentes - apenas com alguma presença na ARSLVT.

“A explicitação de necessidades e a negociação / monitorização de contratos são processos técnicos de Saúde Pública e Administração – Economia de Saúde, enquanto que a materialização de canais de expressão dos utentes constitui domínio da Sociologia e de outras ciências sociais (menos

quantitativas). Ora, a realização das tarefas e objectivos exigiria abundantes recursos, tanto mais que as mesmas tarefas eram já cometidas às ARS, mas talvez não estivessem a ser cumpridas de modo apropriado (caso contrário não faria sentido incluí-las nas funções das ACSS. ” (Ent. ACSS LVT 1)

II.2. Posições dos actores envolvidos

O enquadramento dos actores sociais é percepcionado como um factor de importância vital para a governação da saúde. Clarificando, os actores entrevistados consideram que a prossecução dos objectivos da organização de saúde exige ter em consideração as contribuições dos cidadãos, dos profissionais de saúde, dos que organizam e gerem, mas também “dos que desenvolvem, dos distribuem tecnologias e medicamentos, dos que constroem, dos que transportam, dos que ajudam a comunicar, entre muitos outros.” (Ent. CS 1)

Estas contribuições veiculam um grande número de interesses legítimos: justa retribuição, formação adequada, garantia da qualidade, utilização eficiente dos recursos, estabilidade nos compromissos, inovação nos procedimentos, escolha informada, exercício de direitos e obrigações, entre muitos outros.

Ora, muitos destes interesses, mesmo sendo legítimos, estão longe de estar satisfeitos e, por vezes, não podem sê-lo, simultaneamente, de forma adequada. Para o efeito, é necessário hierarquizá-los, faseando a sua satisfação no tempo, tarefa que requer uma exigente articulação entre a capacidade técnica de fundamentar prioridades, uma direcção estratégica capaz de proporcionar uma síntese viável e uma acção política ágil no tempo, da negociação e da decisão.

Na perspectiva dos entrevistados, a prossecução destas políticas exige uma base social e técnica de apoio ampla e sólida, enquadrada num contexto de promoção de um debate crítico plural e participativo que envolva os diversos actores sociais nelas implicados, de forma a compatibilizar os interesses eventualmente em conflito. Como sublinha um dos entrevistados,

“a reforma da saúde a fazer-se, faz-se com as pessoas. Não pode decorrer unicamente de um processo normativo e centralizado. Caso contrário o Ministério da Saúde agravará o seu isolamento em relação à forma de pensar dos principais actores do sistema de saúde português.” (Ent. SRS LVT 2)

Por outro lado, como refere um dos actores entrevistados,

“transformações desta envergadura, mesmo que tenham lugar de uma forma progressiva, são particularmente difíceis fora de um clima de confiança.” (Ent. CS 1)
É, pois, necessário,

“criar um clima que reforce o sentido de pertença que as profissões da saúde têm em relação às suas instituições e a confiança do cidadão no seu sistema de saúde – um clima de confiança que permita uma justa medida de contratualização nas relações da saúde, a vários níveis.” (Ent. ACSS LVT 2)

Outra das ideias focadas consiste no facto da vaga de empresarialização dos serviços de saúde (particularmente a transformação dos hospitais do SNS em Entidades Públicas Empresariais - EPE), comportar oportunidades, mas também alguns riscos, um dos quais reside na possibilidade de “esquecer a cultura do sector” (Ent. CS 4) e o facto de ainda “não haver experiência na sanção de má gestão.” (Ent. CS 4)

Como referimos, tem-se vindo a verificar, um pouco por todo o mundo (Harding e Preker, 2003), a implementação de um conjunto de iniciativas que visam reduzir o controlo directo do Estado sobre os hospitais e outras instituições públicas prestadoras de cuidados de saúde, e expô-los a incentivos de mercado ou quase-mercado, nomeadamente através da empresarialização⁷⁸. Esta expressa-se claramente na tentativa de transformar as organizações burocráticas do Estado em empresas estatais expostas à pressão dos mercados e da privatização, traduzida no deslocamento de algumas actividades do sector público para o sector privado da economia. Ambas acarretam a tentativa de substituição das tradicionais formas de gestão pública (assentes numa estrutura de comando em forma piramidal, orientada do topo para a base, recorrendo a mecanismos burocráticos) por novas formas de gestão, sob a égide da NGP.

Todavia, na perspectiva de um dos directores de CS entrevistado,

“Não há necessidade de empresarialização para existir uma boa gestão, como se comprova, em Serviços com directores empenhados, sérios e qualificados; a gestão deverá ser orientada por princípios de eficiência e eficácia técnicas, com elevado grau de responsabilização. Como tal, há que implementar medidas que conduzam à criação de um clima institucional favorável à inovação, que só pode ser alcançada quando são estimuladas a formação e a aprendizagem contínuas.” (Ent. CS 4)

Ou ainda,

“A partilha de responsabilidades e de informação, a determinação de objectivos e a programação coerente e sustentada, a qualificação e credibilização da Saúde, não têm que criar precaridade laboral (contratos individuais de trabalho sem contratação colectiva, como acontece actualmente nos hospitais EPE), não se retratam na desqualificação e indiferenciação dos médicos e na criação de mão-de-obra barata, de tipo mercenária” (Ent. CS 2)

⁷⁸ Este termo pretende traduzir a expressão inglesa *corporatization*.

Não sendo uma opinião partilhada por todos os interlocutores entrevistados, alguns defendem que o aumento da produtividade e a diminuição do desperdício não justificam a intenção privatizadora, “da tão propalada bandeira da empresarialização e da gestão privada (...) até porque estes formatos pseudo inovadores demonstraram já a sua verdadeira razão noutros países como a Inglaterra, Chile e mesmo nos EUA.” (Ent CS 2)

Para alguns dos entrevistados, no caso específico da implementação de contratualização na saúde, na década de noventa, em Portugal, o modo de realização desse processo fez recluir que se estivesse a “expor” demasiado a informação estratégica do sector público da saúde aos técnicos do sector privado, os quais, como refere um dos entrevistados, constituíam,

“personalidades diversas que ocuparam anteriormente cargos importantes no sector público e foram trabalhar com grupos económicos interessados na saúde. Assistiu-se, assim, a meu ver, a uma exposição completa das instituições públicas de saúde (IGIF, Hospitais) aos consultores das diversas empresas consultoras privadas, que apoiavam o nível estratégico do sector.” (Ent. ACSS LVT 2)

Este fenómeno associado ao papel desempenhado pelos consultores, enquanto grupo difusor da NGP, foi identificado por vários autores, que utilizam o termo “consultocracia” para significarem a crescente influência destes profissionais sobre as decisões políticas⁷⁹.

Argumenta-se, ainda, que eventuais acções de privatização do sector seriam “facilitadas” para alguns candidatos, distorcendo a competição que deveria caracterizar esse eventual processo.

Em termos gerais, assiste-se, na perspectiva de alguns actores, a uma viragem da política de saúde caracterizada pela convicção de que uma nova política administrativa, que reorganize os órgãos centrais e que mude a gestão pública das unidades de saúde para gestão privada, controlada e dirigida pelo Estado, será a garantia da eficácia e sustentabilidade económica do SNS. A reivindicação antiga e de largo consenso de que a administração pública na saúde, nomeadamente nos hospitais, devia dispor de mecanismos idênticos aos da administração privada, mas mantendo-se como serviço de Estado, com os valores e normas que definem a função pública, foi substituído, para estes entrevistados, por uma “falsa privatização” do serviço público.

“O resultado, embora seja afirmado que é em defesa do SNS, está a gerar, em alguns casos organizações burocráticas “sem alma”, que os profissionais abandonam, centrada na gestão orçamental, na falsa autonomia das gestões institucionais, no contrato individual de trabalho e no fim das carreiras e dos acessos por concurso.” (Ent. CS 4)

⁷⁹ O papel destes consultores é particularmente visível nas reformas de saúde, onde é possível encontrar diversa literatura com carácter normativo e prescritivo sobre a gestão da mudança com sucesso (Oliver e Harrison, 1996), traduzindo-se este papel, essencialmente, na tentativa de conseguir legitimação para o programa de diminuição do peso do sector público na saúde (Leys, 1999).

III) Conceptualização e operacionalização do processo de contratualização nos CSP

III.1. Enquadramento Estratégico

De uma forma geral, os responsáveis pela ACSS da RLVT entrevistados consideram ter havido, no processo de contratualização com os hospitais e os CS, durante o período em análise, uma preocupação com a definição de objectivos genéricos e específicos, devidamente quantificados e mensuráveis. Estes referem-se às áreas ou problemas de saúde considerados prioridades regionais.

Assim, foram definidos objectivos específicos de melhoria de acessibilidade, de produtividade e de eficiência técnica em relação ao funcionamento do CS, havendo também objectivos específicos de qualidade (estrutura e/ou processos ou procedimentos e/ou resultados).

No essencial, os actores consideram que se pretendia,

“ (...) adequar a oferta às necessidades expressas em cuidados de saúde, negociar metas de produção em função da capacidade instalada disponível, quer em termos de instalações físicas, quer em termos de recursos humanos e introduzir maior exigência em matéria de qualidade, especialmente no que se refere a aspectos técnicos e ao atendimento e satisfação dos utentes.” (Ent. ACSS LVT 1)

Outro dos objectivos genéricos consistia em “incentivar actividades de promoção de saúde, de melhoria do funcionamento dos serviços no que respeita a aspectos administrativos e de organização, do atendimento e da humanização.” (Ent. SRS LVT 2)

Pretendia-se, assim, introduzir uma cultura de gestão vocacionada para atingir objectivos e metas estabelecidos, de forma concertada, promover a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde, uniformizar a informação produzida, monitorizar e avaliar a actividade produtiva e económico-financeira dos CSP, estabelecer um processo de feedback regular entre os diferentes actores na contratualização de serviços de saúde e introduzir mecanismos de incentivos financeiros conectados com a performance e os resultados alcançados.

Todavia os responsáveis pela SRS intervenientes no processo de contratualização, que tivemos oportunidade de entrevistar, manifestaram a necessidade de complementar as orientações e os termos de referência para o processo de contratualização dos OP com os CS, emanados pela ARSLVT.

As entidades prestadoras tinham, assim, a responsabilidade de desenvolver a sua actividade de forma a compatibilizar objectivos organizacionais que potenciasssem a contratualização interna, de acordo com o cumprimento de metas acordadas.

“(…) Desde o início que tivemos consciência de que as especificidades de saúde, e seus determinantes da população residente no distrito de Setúbal ou utilizadora dos CS da Sub-Região de Saúde de Setúbal (SRSS), bem como as particularidades dos serviços de saúde da Sub-Região criavam a necessidade imperiosa de complementar as orientações, os objectivos estratégicos regionais, os termos de referência e indicadores a serem usados nos momentos de contratualização interna com os CS (...) Chegamos mesmo a produzir documentos complementares de apoio à elaboração dos orçamentos programa.” (Ent. SRS LVT 1)

Previamente, para definição das metas a alcançar por cada uma das unidades prestadoras de cuidados de saúde, foram tidos em conta, essencialmente:

- Os valores históricos de cada CS, bem como da SRS e Região (média/mediana) para os indicadores;
- Os recursos disponíveis em cada instituição.

Tal exigiu, por parte dos CS envolvidos, um trabalho prévio de análise interna dos múltiplos aspectos que condicionavam o seu desempenho (capacidade instalada e sua adequação, o grau de complementaridade e articulação entre serviços, etc.).

Os responsáveis pela SRS e CS entrevistados partilham da ideia de que havia um rumo definido, tendo havido uma preocupação com a clarificação das metas a alcançar, devidamente ajustadas às especificidades locais.

“(…) Todos sabíamos para onde queríamos ir. O grande problema era como lá chegar...” (Ent. SRS LVT 1)

“Acho que não foi por falta de clarificação das principais metas a alcançar que o processo não teve o sucesso pretendido.” (Ent. ACSS LVT 1)

Porém, na opinião dos actores, a prossecução de tais objectivos esteve “excessivamente” dependente do nível de conhecimentos, competência, know-how e instrumental técnico existente nas Agências. O seu mandato era, assim, relativamente “subsequente ao tamanho das suas pernas para caminhar.” (Ent. ACSS LVT 2)

A este propósito, sublinham, também, que os recursos humanos com que as ACSS, regra geral, foram dotadas eram bastante escassos. Mesmo a ACSS da RLVT dispunha de um grupo de 5-6 técnicos e um secretariado.

“Se a contratualização se tivesse generalizado (com a consequente monitorização) a carga de trabalho (mesmo sem acompanhamento externo) seria totalmente inoportável para os recursos humanos das Agências.” (Ent. ACSS LVT 1)

A inserção institucional destes grupos de técnicos (a “função Agência”) variou entre as ARS: maior independência nas Regiões de LVT, Centro e Alentejo, maior integração nas Regiões do Algarve e Norte.

De uma forma geral, no âmbito da contratualização, os responsáveis pela agência entrevistados consideram que não se conseguiu estabelecer um nexo explícito entre as necessidades de saúde e a prestação de cuidados, desde logo, porque, como refere um dos entrevistados,

“as Agências não tinham as capacidades técnicas (epidemiologia) para fazer as avaliações de necessidades.” (Ent. ACSS LVT 1)

Ora, a identificação das necessidades em saúde, pressuposto básico para o planeamento dos cuidados de saúde a prestar à população, não constituindo um benefício em si mesmo, deve representar um importante instrumento para a definição de uma estratégia orientada para os resultados de saúde (Savas et al., 1998).

Por outro lado, como acrescenta outro dos actores,

“as necessidade (em saúde pública) têm diversas definições (tanto teóricas como operacionais) que podem ser muito diferentes da procura. E os contratos firmados por financiadores públicos podem (e a meu ver, devem) ter que esclarecer uma e outra.” (Ent. ACSS LVT 3)

Alguns actores manifestam a percepção, numa lógica algo linear, de que cada indivíduo consegue identificar as suas necessidades de saúde (e adquirir no mercado as soluções para elas), e, nesse caso, os termos dos contratos podem ser simplificados em quantidades de serviços e produtos (e a monitorização acompanha essa facilidade). A mesma linearidade suporta a

operacionalização da “atenção ao utente”: adequar horários, disponibilizar mais conforto, etc.

Porém, alguns autores que têm desenvolvido investigação no campo da saúde, entre eles, Bradshaw (1972), Richardson (1994) e Stevens e Gabbay (1991), citados em Robinson et al. (2005), são unânimes em considerar que, na saúde pública, há diferenças entre os conceitos de necessidade e procura. Enquanto a procura (necessidade expressa) se associa habitualmente ao conceito de desejo de consumir (após a identificação da utilidade do contacto com a instituição prestadora e o benefício – apesar do preço – desse consumo), a necessidade pode nem estar identificada no utente potencial. Diversos factores culturais fazem variar a consciência “do problema” (ou da necessidade de recorrer a uma instituição técnica), e várias barreiras (económicas, geográficas, culturais e legais, etc.) impedem a transformação da procura em consumo.

Assim, quando o comprador tem a responsabilidade social de melhorar o estado de saúde (a prestação de serviços é apenas um meio para atingir esse fim), ou outros objectivos sociais incluídos no seu projecto sectorial (mais acesso, equidade, etc.), tanto os termos dos contratos, como a sua avaliação tornam-se mais complexos, e voltam a provocar a confrontação de juízos de valor entre os profissionais e os cidadãos – utentes, até porque a definição de necessidades requer investigação epidemiológica (os problemas que se não manifestam em “procura de cuidados”).

Como salienta um dos entrevistados,

“fazer com que os contratos induzam as instituições a prestar serviços que resultem em ganhos de saúde implica atribuir uma nova importância aos profissionais de saúde (que ficam de novo em posição de privilégio de informação, em relação aos utentes – cidadãos): instituições “viradas para fora” não significam apenas ouvir os utentes do momento. É necessário reforçar (inovar) as instituições democráticas e participativas, para contrabalançar o novo prestígio dos profissionais.”
(Ent. ACSS LVT 4)

Porém, reconhece-se que, relativamente a um assunto tão complexo, como o da avaliação das necessidades de saúde de uma população, havia, em geral, falta de capacidade em Portugal. Conseguiu-se, unicamente, introduzir no OP o cálculo de necessidades normativas, de acordo com a tipologia sugerida por alguns autores como Bradshaw (1972), Richardson (1994) e Stevens e Gabbay (1991), citados em Robinson et al. (2005), definidas pela Direcção-Geral de Saúde, de

consultas médicas nos principais programas e de actos vacinais.

III.2. Enquadramento Processual/Operacional

III.2.1. Indicadores de desempenho

O desenvolvimento, aplicação e divulgação de indicadores de desempenho das organizações prestadoras de cuidados de saúde enquadra-se numa estratégia de accountability, cujo objectivo é encontrar uma forma válida e robusta de medir o desempenho organizacional. Ora, no processo de avaliação do desempenho, impõe-se a adopção de instrumentos de medida, que contemplem todas as dimensões e factores relevantes para o desempenho das organizações.

“ (...) Nas organizações de saúde, onde, como já referi, se lidam com realidades complexas nas quais muitos factores e sujeitos intervêm e moldam as relações da prestação da saúde, é imperiosa a necessidade de construção de meios de verificação que auxiliem a perceber o rumo das mudanças que se conseguem produzir (...) e que permitam ser um apoio primordial nos processos de negociação/contratualização.” (Ent. ACSS LVT 2)

Conscientes de que não haverá sistemas de indicadores ideais, reconhece-se a importância da construção de um conjunto de indicadores a introduzir num processo de contratualização que devem ser capazes de:

“ (...) Fornecer informação à gestão de topo dos resultados da organização, mas também que permitem às equipas gestoras dos diferentes processos-chave avaliar como as tarefas ou actividades que desenvolvem contribuem para um dado resultado, permitindo-lhes assim saber quando necessitam de corrigir ou quando estão no caminho correcto.” (Ent. CS 1)

“Até porque, só melhora aquilo que se mede.” (Ent. SRS LVT2)

E acrescenta-se:

“ (...) Um sistema de medição deve ter uma ligação clara e efectiva à estratégia da organização. Deve seleccionar aspectos da prestação de cuidados de saúde relevantes para a instituição e cuja qualidade interessa controlar. Os indicadores a monitorizar devem corresponder a ciclos de melhoria da qualidade ou de reorganização de serviços (...) Mais uma vez reforço a pertinência da elaboração de um plano de acção para cada CS.” (Ent. SRS LVT1)

“ (...) Sem indicadores não conseguimos saber o que fazemos, quantos o fazem e como fazem; não conseguimos comparar nem corrigir desvios. Por outro lado, são fundamentais para que a gestão se faça com racionalidade, para obter melhor desempenho.” (Ent. CS2)

No processo de implementação da contratualização, o mais frágil e mais difícil de concretizar é a obtenção de indicadores de contratualização fiáveis, objectivos, justos, reais, exigentes na gestão, mas sem nunca descurarem a qualidade de serviços e os cuidados prestados. Definir indicadores viáveis, exige que se compreenda as relações, frequentemente complexas, entre processos e resultados em saúde, e que se analise a informação adequada aos objectivos da avaliação.

A ligação preferencial a indivíduos, famílias e pequenas comunidades tem de ser alicerçada numa resposta explícita aos desejos e às expectativas dos seus destinatários, valorizando, como indicadores de qualidade do desempenho, a acessibilidade, o desenvolvimento de mecanismos que aumentem a capacidade de gestão dos CS (suas fracções ou agrupamentos). Tal é essencial para que as prioridades de gestão sejam ajustadas a cada contexto populacional, social, demográfico e epidemiológico.

Como salienta um dos responsáveis pela agência da ARSLVT,

“ (...) Salvaguardando o rigor e a exigência que deverá pautar qualquer instituição e guiar todos os profissionais, não deverá atender-se exclusivamente à dimensão económico-financeira. Ainda menos na saúde.” (Ent. ACSS LVT4)

Todavia, a maioria dos entrevistados está consciente de que a complexidade e a diversidade da produção médica torna difícil a tarefa de construir indicadores, sobretudo numa rede centralizada (o que muitas vezes obriga a utilização de indicadores mais simples para gerir informação em grande quantidade).

É consensual a ideia de que a matriz de indicadores a utilizar, de modo a facultar uma realidade aproximada do estado da saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde, deveria comportar não só indicadores quantitativos, como também indicadores qualitativos do ponto de vista da instituição e do ponto de vista do doente e, ainda, indicadores epidemiológicos.

Como refere um dos responsáveis pela agência da ARSLVT,

“ (...) A escolha de um sistema de indicadores para avaliar o desempenho de uma instituição de prestação de cuidados de saúde, deve servir de candeia no modo como se devem estabelecer as prioridades na saúde e saber quais os cuidados que o sistema pode efectivamente oferecer aos cidadãos deve orientar-se segundo quatro ângulos: eficiência, eficácia, efectividade e capacidade de proporcionar mais desempenho” (Ent. ACSS LVT 3)

Para os responsáveis pela agência da região de LVT, de uma forma geral,

“ (...) Houve a preocupação de seleccionar indicadores já utilizados pelas próprias instituições e de introduzir outros de grande simplicidade e facilmente reprodutíveis nos sistemas de informação locais, de forma a minimizar eventuais assimetrias de informação (...) Relativamente aos CS, os indicadores incorporaram as dimensões adequação, acessibilidade e utilização, qualidade, produtividade e eficiência.” (Ent. ACSS LVT 1)

Se em relação à dimensão, acessibilidade e utilização, os responsáveis pelo processo de contratualização na SRSS e directores de CS do distrito, concordam com os indicadores utilizados, considerando serem “apropriados à realidade do CS” (Ent. CS 2), o mesmo não se poderá afirmar em relação aos indicadores escolhidos para medir as outras dimensões.

Assim, por exemplo, no tocante aos indicadores seleccionados para a vertente da qualidade da prestação, referem que,

“ (...) Não sendo ainda possível utilizar outros indicadores de qualidade, adoptamos os possíveis, cientes de que estes não avaliam a qualidade em todas as suas vertentes.” (Ent. ACSS LVT 1)

“ (...) Perante tantas tensões a considerar e não sendo abundante a informação sobre referenciais de qualidade para todos os serviços prestados e passíveis de o ser (particularmente nos cuidados primários), era necessário investir a este nível. E se assim é noutros países, ainda mais num país como Portugal que não tem tradição de planeamento, avaliação e investigação.” (Ent. SRS LVT 2)

Outra das ideias veiculadas prendeu-se com a excessiva focalização da vertente “produção” do CS na selecção dos indicadores a introduzir no OP. Para a maioria dos directores dos CS entrevistados, assistiu-se a uma excessiva “focalização nalguns indicadores (nomeadamente os relacionados com a produção e produtividade do CS) em detrimento de outros.” (Ent. CS 1).

“Os objectivos da actividade dos CS não podem ser fazer mais consultas ou vacinar mais crianças ou rastrear alterações uterinas ou mamárias em mais mulheres, nem baixar os valores da pressão arterial ou do colesterol no sangue. Estes são parâmetros subrogados que geralmente se admite que traduzam variações nos resultados finais, com utilidade para as pessoas. Eles (e outros igualmente indirectos) são usados em substituição de indicadores directos de quantidade ou de qualidade de vida porque são difíceis de definir ou carecem de muito tempo de observação até acontecerem.” (Ent. CS 2)

Mas, como alerta um dos entrevistados,

“ao utilizar parâmetros substitutos, correm-se dois riscos: que eles não traduzam alterações correspondentes nos parâmetros finais e que se perca a focalização no que verdadeiramente interessa que é viver mais tempo sem doença ou, se a doença chegar a manifestar-se ou persistir, minimizar o “fardo” que ela constitui” (Ent. CS 2)

Esta desatenção em relação aos resultados no tratamento das situações clínicas, que são o cerne da missão de qualquer serviço de saúde, não sendo uma particularidade portuguesa, é, no mínimo, “bizarra”, na opinião de alguns dos directores dos CS entrevistados.

“Na realidade, dissociado dos resultados, o serviço público de saúde não consegue determinar em que medida satisfaz as necessidades de cuidados de saúde da população.” (Ent. CS2)

Todavia como refere um dos responsáveis pela SRSS entrevistado,

“ (...) Aquando da preparação dos primeiros OP, as direcções de bastantes CS conheciam mal até as populações que deveriam atender (quer fossem residentes, inscritos ou utentes). Quanto mais os restantes factores de ponderação.” (Ent. SRS LVT 2)

Ao longo da primeira experiência de contratualização, na década de noventa, com os CS portugueses, foram utilizados, maioritariamente, indicadores de processo, facto que, como vimos, acompanhou a tendência internacional, com a proliferação de todas as formas de indicadores de processo.

“Não me lembro de ter sido possível chegar a indicadores de resultado (ganhos em saúde: resultados intermédios tais como controle de doenças ou de factores de risco, anos de vida ganhos, anos de vida livres de incapacidade, etc., etc.).” (Ent. CS 4)

Este aspecto prende-se com a problemática da selecção dos indicadores mais adequados para medir o desempenho dos serviços de saúde, nomeadamente a opção entre a utilização de medidas de *outcomes* (qual foi o resultado), ou de medidas de *performance*, que medem o processo (o que foi feito). No que se refere aos serviços de CSP, como vimos, existe uma grande concordância entre os especialistas em relação aos indicadores de *outcome* mais apropriados, o mesmo não se verificando quanto à melhor combinação de indicadores de processo e de indicadores de *outcome* (Dassow, 2007).

Entretanto, o aperfeiçoamento da lista de indicadores para a contratualização permitiu, nas discussões de negociação, na visão de alguns entrevistados, exercer uma acção de *benchmark*, bem

aceite, em geral, pelas direcções dos CS. Assim, para os vários indicadores era apontado um valor de referência a utilizar como orientação. Consoante o indicador, o valor de referência reflectia o valor normativo, um valor médio ponderado ou a indicação do conselho de administração da RSLVT.

III.2.2. O papel desempenhado pelo instrumento de negociação: o OP

O OP foi percepcionado como um instrumento negocial que consubstanciava um conjunto de oportunidades para as instituições, permitindo ponderar a orientação global de resposta às necessidades de saúde dos seus clientes, avaliar os resultados face a objectivos de desempenho contratualizados em anos anteriores e efectuar propostas de trabalho a serem contratualizadas para o ano a que se referia o OP.

Por outro lado, os processos de negociação e de acompanhamento do OP seriam capazes de proporcionar, ainda, a oportunidade de comparar quer a evolução da própria instituição ao longo do tempo, quer o desempenho entre instituições segundo padrões de qualidade e/ou benchmarks.

Para tal, a elaboração do OP,

“exigia que, em cada instituição, se desencadeasse um mecanismo interno francamente participado, de verdadeira negociação com os profissionais (contratualização interna), visando tornar claros e aceitáveis para todos os compromissos a incorporar na proposta global da instituição.” (Ent. ACSS LVT 1)

Todavia, pelo menos numa fase inicial, o OP funcionou essencialmente, como um “instrumento para clarificação de alguma informação que serviria de base a um processo de comunicação entre a agência e a direcção do CS e coordenação das SRS.” (Ent. SRS LVT 2)

O OP era constituído por mapas de movimento assistencial, relativos ao realizado no ano anterior, a previsão para o ano em curso e para o seguinte, com a respectiva quantificação de custos no orçamento económico, complementado com a situação económico-financeiro da instituição. Assim, o conteúdo sumário para discussão do orçamento consistia em dados de produção, de natureza económico-financeiros, de produtividade e de recursos. A discussão dos projectos específicos assentava na proposta apresentada pelas instituições de saúde.

O processo de contratualização com os CS da SRS de Setúbal apresentou uma particularidade neste domínio. Considerou-se ser vital que cada OP estivesse enquadrado num plano de acção, preferencialmente de médio prazo (2-3 anos) do CS.

“ (...) Com a experiência que fomos acumulando com a prática da contratualização com os CS do distrito de Setúbal, apercebemo-nos que elaboração de um plano de acção representava uma oportunidade maior para a revisão da orientação global da instituição e para a avaliação do cumprimento da sua missão.” (Ent. SRS LVT 2).

“Era nossa convicção que a elaboração e utilização de um OP, como instrumento de monitorização e controlo, de um CS só teria utilidade no processo de gestão, desde que o OP se encontrasse perfeitamente enquadrado num verdadeiro plano de acção do respectivo CS. Só cumprindo este requisito se consegue conciliar a eficiência necessária com a adequação às necessidades de saúde e a efectividade das intervenções que determinarão mais e melhor saúde para os indivíduos e populações” (Ent. SRS LVT 2)

Deste modo, o plano de acção deveria enquadrar-se nas estratégias de saúde nacionais, regionais e sub-regionais, contemplando as devidas adaptações à realidade local. Os objectivos a formular deveriam responder às áreas e problemas de saúde priorizados no documento estratégico. Deveriam, igualmente responder às áreas de reorganização dos serviços, nomeadamente as que visavam a melhoria da acessibilidade, da produtividade, da qualidade e da eficiência técnica.

Também ao nível dos CS, regra geral, a elaboração do plano de acção foi encarado como um “momento privilegiado para a revisão da adequação do seu desempenho às necessidades de saúde das pessoas, famílias e comunidades.” (Ent. CS 1).

Os responsáveis pelos CS do distrito de Setúbal que entrevistamos confirmam esta preocupação e concordam com o valor e utilidade atribuído à elaboração de um plano de acção, onde o que no essencial se pretendia era

“ (...) adequar as orientações estratégicas e os objectivos da instituição, tendo por enquadramento as orientações definidas no Plano Nacional de Saúde e as respectivas áreas de intervenção prioritárias, a nível regional, como a Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna, Vacinação, Cuidados Continuados, Doenças Oncológicas, Doenças Cardiovasculares. Só assim que pode querer ir ao encontro das necessidades da população alvo.” (Ent. CS2)

A SRS Setúbal propôs, então, que cada CS elaborasse o seu plano de acção do CS, documento composto, na sua forma mínima, por objectivos e orientações, OP, orçamento económico, orçamento financeiro e um plano de investimentos. Entretanto, a análise, discussão e

contratualização interna na SRSS exigiu a apresentação do plano de acção completo, com todas as dimensões atrás referidas.

Na opinião dos intervenientes entrevistados, que vivenciaram a experiência de contratualização com os CS do distrito de Setúbal, foi importante que a SRS de Setúbal

“tenha conseguido colocar uma tónica mais virada para o processo de acompanhamento que permitiu ir criando um sistema de informação e uma prática de leitura externa das instituições menos formal e, provavelmente, mais efectiva na construção do modelo dos orçamentos programa e com discussões mais pequenas e mais detalhadas em áreas previamente definidas que se iriam constituir como as prioridades de discussão em cada ano.” (Ent. CS 4).

Foi opinião unanimemente transmitida pelos entrevistados que, em Portugal, a primeira experiência de contratualização com os CS revestiu um carácter apenas pedagógico, na medida em que a mesma não foi acompanhada dos instrumentos que permitissem operacionalizar a perspectiva de que a um determinado orçamento deve estar sempre associada uma determinada produção.

III.2.3. Os sistemas de informação

Outra das questões focadas nas entrevistas prende-se o facto da adopção de um sistema de indicadores estandardizados exigir à partida um sistema de informação robusto.

“ (...) Para os indicadores serem fiáveis e creíveis tem de ser baseados em informação válida.” (Ent. CS 1)

“ (...) É pois imperioso o reforço urgente do sistema de informação, quer nas vertentes administrativas quer na vertente clínica e assistencial, sem o qual não há qualquer possibilidade de monitorizar os resultados. (...) Caso contrário corre-se o risco de descontrolo económico e financeiro do sistema e de uma total e intolerável incerteza quanto ao rigor das avaliações das diversas prestações.” (Ent. CS 1)

Relembrem os entrevistados que o contexto tecnológico e informático em que se desenrolou esta primeira tentativa de aplicação da contratualização nos CS era caracterizado por um grande número de CS sem tecnologias de informação adequadas, susceptíveis de serem utilizadas como ferramentas de gestão da estrutura e organização e de apoio ao desempenho dos profissionais de saúde.

“ (...) Assistia-se, em alguns casos, a uma Rede Informática da Saúde (RIS) com constantes períodos de inactividade e ligações deficientes, com diferentes larguras de banda entre si.” (Ent. ACSS LVT 1)

“ (...) Os CS não estavam dotados de tecnologias de informação que funcionassem como verdadeiras ferramentas de gestão estrutural e fundamentalmente de apoio à actividade clínica. O SINUS era utilizado ainda de forma bastante incompleta, não sendo também conhecidos desenvolvimentos na produção do seu módulo clínico (...) isto com a agravante da carência de profissionais habilitados tecnicamente nessa área e na utilização de suportes informáticos.” (Ent. CS 2)

“ (...) Eram frequentes os atrasos na recolha e disponibilização de dados constantes do sistema de informação relativamente às exigências dos OP.” (Ent. ACSS LVT 3)

A incipiente contabilidade de custos das SRS é mencionada, pela maioria dos entrevistados, como entrave para elaboração de previsões de despesa a afectar à produção programada.

“Os CS ainda não dispunham de contabilidade analítica e de um sistema de informação que lhes permitisse elaborar o respectivo OP com imputação rigorosa da despesa pelas actividades que neles se realizavam. Contudo, a estrutura do seu OP estava organizada de forma a configurar a existência implícita de centros de custo por cada tipo de atendimento. Daí que, na sua elaboração, se tivesse de se recorrer a artifícios metodológicos, às vezes, pouco precisos e, por isso, indutores de erros de análise e interpretação.” (Ent. SRS LVT 2)

No sentido de ir conferindo, progressivamente, maior rigor e precisão ao OP dos CS – enquanto instrumento que devia reflectir uma realidade económica e produtiva – e na impossibilidade de dispor, a curto prazo, daquela ferramenta analítica de gestão, alguns dos interlocutores da SRS entrevistados referem que foram efectuados alguns esforços no sentido de se elaborar um conjunto de valores percentuais que aproximasse da distribuição da despesa em medicamentos, meios complementares de diagnóstico e de terapêutica.

A este propósito, um dos directores de CS faz referência a um estudo realizado no CS de Cascais, visando fornecer de um conjunto de valores de referência para a imputação aos atendimentos em planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil, saúde de adultos, atendimento domiciliário médico e atendimento complementar, dos recursos financeiros gastos com medicamentos, meios complementares de diagnóstico e meios complementares de terapêutica e do OP. Este estudo, na ausência de ferramentas analíticas mais precisas, recorreu à aplicação do processo Delphi⁸⁰, em duas voltas, por forma a recolher a opinião e construir, através

⁸⁰O processo Delphi é uma técnica de elaboração de consensos, anónimo, iterativo, não presencial, que consiste na formulação de uma ou mais perguntas aos participantes sobre o assunto relativamente ao qual se pretende dispor de informação, com tratamento estatístico das respostas, informação de retorno e formulação de nova ou novas perguntas. Pelo seu anonimato, esta técnica permite obter dos participantes opiniões ou percepções mais de acordo com as suas experiências anteriores ou actuais do que as técnicas presenciais. Esta técnica é uma combinação de

dessa técnica de grupo, um consenso entre os médicos de família do CS de Cascais sobre esta matéria.

Por outro lado, a falta de módulo estatístico do trabalho-SAM traduzia-se num “exagerado aumento de trabalho de pesquisa individual de doentes com o intuito de pro-actividade para correcção de desvios nos indicadores.” (Ent. CS 1), E como refere outro dos entrevistados,

“ (...) Essa situação constituiu a meu ver um factor importante gerador de desânimo nas equipas, que tinha de ser a todo o momento compensado.” (Ent. SRS LVT 2)

Essa situação era agravada pela circunstância de o controlo orçamental e financeiro estar centralizado nas SRS, o que tinha, obviamente, reflexos na dificuldade com que se procedia à explicitação, por exemplo, de despesas próprias de áreas específicas (SAP/CATUS, consultas de referência externa, internamento, centros de diagnóstico pneumológico) e de centros de custo por actividade e/ou projecto (por exemplo, cuidados continuados). Mas também, do lado da Agência, a falta de informação era sentida de forma semelhante.

“ (...) Estávamos, obviamente muito longe do acesso em tempo real ao desempenho das instituições (...) O IGIF/SI e os serviços de sistemas e tecnologias de informação que prestava à Saúde não estavam, de todo, alinhados nem respondiam aos objectivos estratégicos e preocupações da actividade da Saúde.” (Ent. ACSS LVT 3)

“Os dados e informação fragmentados, desconectados, desarticulados – inexistência de um pensamento e de arquitecturas coerente dos múltiplos “sistemas” de informação existentes.” (Ent. ACSS LVT 1)

Na opinião dos entrevistados, era expectável que o SNS estivesse dotado de um sistema de informação totalmente integrado, com valências nas dimensões operacionais e de gestão, viabilizando a melhoria dos cuidados de saúde, a eficiência e eficácia dos serviços prestados e a optimização dos recursos consumidos.

Outras das conclusões possíveis de retirar no tocante a este aspecto é a de que o sistema de informação da função agência, essencial para o desenvolvimento do processo de contratualização, e que esteve presente aquando esta primeira aplicação da contratualização na saúde, foi sendo construído a par e passo com o desenvolvimento do próprio processo.

procedimentos informacionais cujo objectivo é obter de pessoas tecnicamente bem situadas no assunto que se está a estudar, e sobre o qual não existe informação ou cuja informação é controversa, os conhecimentos que dispõem sobre ele. Pelas suas características, esta técnica facilita a convergência de opiniões e a obtenção de consensos sobre a resposta a dar a problemas complexos (Whitman N. The committee meeting alternative. Using the Delphi technique. J Nurs Adm 1990; 20 (7-8):30-6).

“Com a experiência acumulada, a agência conseguiu construir um sistema de informação integrado, cujo conteúdo principal consistia numa base de dados, essencialmente de estrutura – capacidade instalada, de produção – histórica e prospectiva, de recursos humanos e financeiros e ainda num conjunto de indicadores construídos com base nesses dados e respectivos relatórios. Tiveram o apoio logístico de uma empresa privada e, de uma forma geral, concordaram com “a forma como foi sendo criado e desenvolvido o embrião do sistema de informação.” (Ent. ACSS LVT 4)

Todavia, os entrevistados assumem que “deveria existir menor dependência da empresa privada que o desenvolveu e melhor ligação ao sistema de informação das regiões.” (Ent. ACSS LVT 3). E também que “o suporte informático deveria ser de mais fácil utilização e estar integrado com os sistemas de informação das instituições e simplificar os dados a pedir em termos de número e especificidade.” (Ent. ACSS LVT 1)

“a informação é o pilar sobre o qual assenta a discussão dos orçamentos programa com as instituições de saúde. Assim, e a priori, era fundamental o desenvolvimento a nível da Direcção-Geral da Saúde de conceitos estatísticos precisos que abranjam com uma maior amplitude a realidade hospitalar e a dos cuidados primários. A imprecisão então existente conduziu a comparações altamente contestáveis, até pelo facto de servirem (em tese, já que na prática não chegou a haver distribuição de verbas, pelo menos no tocante aos CS), de base a financiamentos extraordinários que acabam por beneficiar a organização estatística da instituição e não o movimento assistencial em si.” (Ent. ACSS LVT 2)

Em suma, manifesta-se a posição de que, para assegurar o rigor e a coerência do processo de avaliação do desempenho e a comparabilidade da informação que dela resulta é, pois, necessário assegurar a normalização e harmonização dos conceitos, definições e terminologia utilizados.

III.2.4. Definição de um sistema de consequências (incentivos e penalizações)

O processo de contratualização com os CS da RLVT nunca chegou à distribuição de qualquer verba, mas apenas à explicitação sistemática da evolução dos custos por sectores. Isto permitiu, ainda assim, e na opinião dos entrevistados,

“Uma análise mais fina da situação, a percepção pelas equipas directivas dos CS da sua contribuição local para o cômputo do panorama da relação actividades/custos.” (Ent. SRS LVT 1)

Por outro lado,

“As sub-regiões proporcionaram também material abundante para a compreensão da necessidade de uma acção de regulação mais eficaz.” (Ent. SRS LVT 1)

Os OP's previam, ainda, a contratualização de projectos em áreas específicas, em alinhamento com as áreas de desenvolvimento estratégico definidas para a região, os quais deveriam ser enquadrados numa perspectiva de incentivo às instituições. O seu financiamento devia ser assegurado pelo Conselho de Administração da ARSLVT. Como exemplo, os actores referem que o montante disponível para 2001, destinado à contratualização de projectos com os CS ou com as ARS, correspondeu a 0,5% do total disponível para o financiamento de CSP da RLVT.

O que se verificou, na realidade, foi a inexistência de ligação entre o processo de contratualização e o financiamento. Evoca-se desinteresse, falta de apoio político na concretização do quadro de referência contratual e insuficiência de recursos financeiros para “financiar” o processo de contratualização com os CS. O único factor que funcionou como incentivo para os CS foi o de

“verem discutidos sistematicamente pela primeira vez e com profundidade técnica os seus planos de acção, em evolução para OP, num contexto mobilizador de aquisição progressiva de autonomia” (Ent SRS LVT 1)

Não havendo qualquer outro mecanismo de incentivo, tornou-se

“penalizador para aqueles que acreditaram em reflexos mais imediatos nos mecanismos de distribuição de recursos verem que o seu investimento em projectos específicos teve repercussões mínimas nos mecanismos de distribuição de recursos pelas sub-regiões” (Ent. SRS LVT 2)

III.2.5. Negociação, Monitorização e acompanhamento

Quanto às reuniões de negociação, conseguiu-se apurar que estas eram efectuadas na ACSS, com a presença frequente de alguns elementos do CA da ARSLVT, em ambiente formal de discussão, a qual assumia uma função essencialmente pedagógica. Eram convocadas, formalmente, pelo CA da ARS, mas quem as conduzia era a equipa da agência, com a participação de outros elementos da ARS (Divisão de Gestão Financeira, de Planeamento e Estudos), da SRS e da equipa de direcção do CS em análise. A negociação era desenvolvida com base num documento preparado pela agência e, em alguns casos, pelo serviço de Planeamento e Informática da ARSLVT, sendo analisadas e discutidas as propostas das instituições para o seu movimento assistencial no ano seguinte, bem como a sua adequação ao orçamento económico proposto.

No pressuposto de que este era um caminho que se estava a percorrer pela primeira vez em Portugal, a ARSLVT, numa primeira fase, optou pela realização de reuniões individuais com cada um dos CS da região, que tiveram a vantagem de permitir consensualizar e uniformizar o modelo, mas que, obviamente, acarretaram enormes problemas ao nível da sua operacionalização, devido, essencialmente, à escassez de recursos humanos que compunham a equipa da agência.

Identificada com o espírito da contratualização pública, a agência de contratualização dos serviços de saúde da RLVT, mais do que proceder a um exercício “clássico” de avaliação de desempenhos, procurou enquadrar as reuniões de discussão dos OP num processo partilhado com cada instituição, com o objectivo de serem identificadas oportunidades de melhoramento (Ministério da Saúde, 2000).

Reportando-se à experiência de contratualização com os CS do distrito de Setúbal, sublinha-se que,

“Os directores dos CS foram pela primeira vez “obrigados” a preparar “documentos – de – plano” (os OP’s) de boa qualidade. Além disso, a preparação dos mesmos OP’s obrigou ao funcionamento em equipa (inclusive nas discussões com a ACSS).” (Ent. SRS LVT 1)

Alguns dos responsáveis pela agência de contratualização da ARSLVT destacam a utilidade demonstrada da realização de uma reunião prévia de negociação, ao nível da Coordenação da Sub-Região com os CS’s respectivos, sobretudo numa “fase ainda tão precoce da implementação da reforma dos CSP.” (Ent. ACSS LVT 1)

Os responsáveis pela SRS Setúbal entrevistados, partilham dessa opinião:

“ (...) Foi nosso entendimento que a sub-região de saúde no processo de contratualização com os CS devia fazer equipa com os CS de forma a assumir o papel de parte interessada nas áreas em que a falta autonomia e capacidade operacional aos CS.” (Ent. SRS LVT2)

Esta postura é, aliás, consentânea com a ideia defendida por muitos autores, nomeadamente Escoval (2003), segundo a qual o processo de contratualização pode começar por um processo de contratualização interna, onde cada profissional pode assumir um papel activo no cumprimento das metas que seriam posteriormente contratualizadas com a agência de contratualização dos

serviços de saúde (contratualização externa). Salienta-se, ainda, que a discussão entre os técnicos das unidades prestadoras, da ACSS e da SRS foi desenvolvida em ambientes marcados por “lealdade” (cooperação para missão comum) e “profissionalismo” (informação explícita, atenção ao detalhe objectivo).

A monitorização realizada a nível regional e sub-regional, permitiu, na opinião dos interlocutores da SRS auscultados, reconhecer as diferenças entre CS e incentivar comportamentos éticos entre os prestadores. Na prática, a cumplicidade entre os profissionais da ACSS, da SRS e dos CS - perante as dificuldades sentidas sobretudo na recolha da informação necessária à elaboração do OP e as consequentes quebras de motivação dos profissionais envolvidos a nível operacional - funcionou como “outra face da moeda” da exigência na contratação.

Reconhece-se que a negociação de propostas de OP obrigou os CS a assumir uma atitude diferente em relação à informação, de tal forma que na RLVT, as Coordenações Sub – Regionais continuaram a utilizar a metodologia das Agências para aprovar OP dos CS.

Não obstante, o processo foi sendo consolidado, através da definição de instrumentos de apoio ao processo de negociação e acompanhamento, bem como da criação de uma estrutura nacional que integrava todos os intervenientes no processo (secretariado técnico das agências). Houve, para isso, a preocupação de seleccionar indicadores já utilizados pelas próprias instituições, e de introduzir outros de grande simplicidade e facilmente reproduzíveis nos sistemas de informação locais, de forma a minimizar eventuais assimetrias de informação.

Todavia, apesar do empenhamento dos profissionais envolvidos no processo, os actores entrevistados consideram que o processo negocial encetado com os CS não chegou a traduzir-se numa verdadeira negociação, uma vez que, geralmente, eram aceites os números propostos pelas instituições. A discussão centrava-se mais em torno do movimento assistencial apresentado, índices de produtividade e rentabilização da capacidade instalada e, finalmente, ênfase na importância da coerência global do OP, para que este pudesse funcionar como um verdadeiro instrumento de gestão.

“Tratava-se apenas de explicitar uma base de informação que sustentasse um processo de comunicação onde se descriminassem algumas expectativas de desempenho.” (Ent. CS 2)

Todavia, esta opinião não foi partilhada por todos os responsáveis da agência de contratualização, nem pelos interlocutores da SRS Setúbal entrevistados, que consideram ter existido um verdadeiro processo de negociação, apesar de formalmente não ter existido qualquer contrato formal, que “de certa forma, seria a parte mais visível de todo este processo.” (Ent. SRS LVT 2)

Subjacente esteve a ideia deste ser um processo essencialmente “relacional”⁸¹, “por colocar maior ênfase no relacionamento entre as partes contratantes em detrimento do formalismo do contrato.” (Ent. ACSS LVT 1)

Na verdade, os especialistas entrevistados entendem que o padrão de contratualização que melhor parece adequar-se ao contexto português é uma fase relacional assente num processo negocial informal, dado que os serviços evidenciam défices de prestação. A contratualização pode conduzir, também, a uma melhor regulação, o que implicará necessariamente uma melhor articulação e integração dos cuidados de saúde. Esta fase relacional será tanto mais longa quanto menor o empenhamento político no seu desenvolvimento, e só poderá passar a uma fase contratual executória quando estiverem garantidas as condições mínimas de responsabilização, avaliação e transparência, de forma a evitar rupturas na prestação.

Sublinham, ainda, que dadas as especificidades da saúde e o nível de desenvolvimento dos instrumentos de gestão e sistemas de informação disponíveis, podia ser “perigoso introduzir muito rapidamente contratos executórios.” (Ent. ACSS LVT 1)

Segundo Freitas (2002), a função e os limites da contratualização são eles próprios criticamente importantes para determinar se as transacções no sector público podem ser mais efectivamente realizadas num ambiente de quase-mercado ou controladas no contexto de uma relação hierárquica mais directa. Diz-nos ainda, este autor, que a teoria dos custos de transacção sugere que o contrato legal clássico é mais conveniente para situações em que não há interesse em manter relações próximas entre as partes, e em que não se prevê uma relação duradoura, sugerindo-se, assim, que a contratualização entre entidades do sector público, na forma de contratos legais coercivos, é ineficiente. Esta análise lembra, ainda, que muitas relações de

81 Recorde-se que Williamson (1979), no seguimento MacNeil (1978) oferece uma análise detalhada de três tipos de arranjos contratuais básicos, a saber o contrato clássico, o contrato neoclássico e o contrato relacional.

financiamento no sector público devem ser consideradas formas de contratualização relacional informal a longo prazo, mais do que relações contratuais estritamente legalistas e coercivas.

III. 3 Enquadramento Humano

Percepções dos profissionais envolvidos no processo

Na perspectiva dos entrevistados, as críticas e as eventuais deficiências do processo de contratualização na saúde encetado, em Portugal, na década de noventa, mais concretamente a experiência de contratualização da ACSS da RLVT, com os CS da região, não podem ser facilmente identificadas, na medida em que a decisão sobre a sua implementação, não parece ter sido assumida politicamente. Deste modo, foi inviabilizando, o seu desenvolvimento e a sua assumpção séria pelos actores envolvidos.

Todavia, sublinham-se os êxitos alcançados, nomeadamente o estabelecimento de relações de exigência e rigor, entre a ACSS de RLVT, as SRS e os CS, das quais algumas perpassaram para dentro daquelas instituições.

“Pelo menos numa fase inicial, houve uma dimensão motivadora importante, clarificaram-se muitos aspectos que condicionavam a actividade e que não aparecem nos indicadores de desempenho normalmente utilizados pelos serviços centrais.” (Ent. CS 3)

Neste sentido, os directores dos CS entrevistados sentiram que eram ouvidos nas decisões relevantes.

Os actores entrevistados, que vivenciaram o processo de contratualização com os CS do distrito de Setúbal, embora tivessem consciência de que no panorama nacional, constituíram uma “ilha isolada” (Ent. SRS LVT 2), consideraram que tal experiência permitiu “lançar as bases para a criação do know-how necessário para desenvolver processos futuros” (Ent. ACSS LVT 1), num ambiente propício ao estabelecimento de relações entre financiadores e prestadores, assente no respeito mútuo e na bilateralidade, em que os primeiros não surgem com uma posição de abuso de poder administrativo impondo contratos rígidos e excessivamente formais.

“A este nível as consequências mais significativas da contratualização com os CS consistiu na criação dum patamar até então inexistente de informação e análise de indicadores de gestão por parte dos responsáveis destas instituições, preparando-os para a autonomia administrativa e financeira.” (Ent. ACSS LVT 4).

Todavia, a sigla ACSS, que identificou as Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde, ao nível dos CSP “não conseguiu ganhar espaço na memória dos actores com a mensagem de novas formas de relacionamento entre instituições.” (ACSS LVT 2)

Reconheceu-se, contudo, alguma eficácia ao processo, embora sem expressão estatisticamente relevante no desempenho dos CS. Por outro lado, os actores referem ter existido uma definição correcta dos objectivos de desempenho e indicadores e, acima de tudo, assumem que o processo foi percepcionado como adequado e fundamental ao desenvolvimento do SNS.

Todavia, a descontinuidade do processo não permitiu saber se, nas fases seguintes, o que se planeava e o modelo desenhado se aproximariam das expectativas iniciais. Pelas opiniões recolhidas, as expectativas eram positivas, desde que sanados os pontos de constrangimento identificados.

Todavia, como refere um dos entrevistados, “o curto prazo dos ciclos político-partidários continuam a predominar sobre reformas estratégicas de médio/longo prazo.” (Ent. ACSS LVT 4)

Assim, no caso português, embora se perspectivassem três fases de desenvolvimento para o processo de contratualização na saúde, não se chegou a ultrapassar a primeira fase, que assentava na negociação de OP aplicados às instituições públicas de saúde. Não foi ensaiada sequer uma experiência de aplicação do modelo à generalidade dos serviços de saúde (incluindo os privados, com e sem fins lucrativos), previstos para uma segunda fase. Muito menos, ainda, se avançou para a terceira fase, eventualmente sobreponível com a segunda, em que se previa o desenvolvimento de novos modelos de financiamento, os quais poderiam variar desde contratos globais de prestação de cuidados a um conjunto populacional predefinido, até contratos mais especificados para a prestação de uma parte dos cuidados.

Como aspecto positivo do processo encetado, salientou-se o facto de o desenho e o desenvolvimento do sistema de informação e de acompanhamento ter sido perspectivado conjuntamente com profissionais dos serviços, os técnicos da agência e os responsáveis da ARS, visando a harmonização de interesses políticos e técnicos, mas também a esse nível, os passos dados foram curtos e lentos.

Aferiu-se que o processo de mudança organizacional, que a implementação da contratualização com as unidades públicas prestadoras de CSP pressupunha, deveria cimentar-se na tentativa de um envolvimento crescente das equipas profissionais, devidamente enquadradas por dispositivos de contratualização (interna e externa) e de apoio.

Reconheceu-se, também, a necessidade de contextualizar o aparecimento de novas responsabilidades e novas competências como forma de adaptação às transições epidemiológicas (novas doenças e expansão de outras menos relevantes no passado) e demográficas e aos novos modelos de prestação de cuidados.

Reforçou-se, ainda, a necessidade de um alinhamento efectivo entre os objectivos contratualizados e a missão das instituições de saúde, alinhamento esse que poderia privilegiar os elementos que promovam o valor em saúde, e não, propriamente, a produção de actos médicos.

Sustentou-se, também, que o pagamento dos actos/episódios deve garantir que os resultados alcançados vão ao encontro dos resultados esperados, o que implica que as decisões clínicas sigam a melhor evidência científica. A evolução para este novo paradigma só será possível com um claro envolvimento, em todo este processo, dos prestadores de cuidados de saúde, em particular dos médicos.

“O propósito dos sistemas de saúde não deve consistir em reduzir custos ou produzir cuidados de saúde, mas sim em fornecer aos seus utentes mais valor em saúde, ou seja, melhor saúde por euro gasto. Acredito que a pressão exercida pelas novas procuras de cuidados de saúde poderá forçar as organizações hospitalares e os CS à mudança interna e ao confronto com a resistência dos grupos profissionais à alteração dos seus conteúdos funcionais.” (Ent. CS 2)

A capacidade de ultrapassar preconceitos corporativos, facilitando o trabalho multidisciplinar, em benefício dos doentes foi também percebida, por alguns dos entrevistados, como factores com relevância para a prossecução do processo de contratualização.

No que se refere à atribuição de maior autonomia gestionária aos CS, a maioria dos entrevistados considera que tal “poderá ter reflexos positivos na adequação, eficiência, satisfação dos profissionais e dos utentes” (Ent. CS 1), na medida em que consiste na implementação de um modelo de gestão participativo, com contratualização interna, uma maior responsabilização e o reconhecimento das suas funções. Este está aliado a uma nova perspectiva na abordagem dos

cuidados prestados e conjugada com os novos instrumento de trabalho interno com os profissionais.

“Acredito que tal processo (autonomização gestonária progressiva dos CS) terá, desde logo, a vantagem de permitir aos órgãos de direcção conhecerem melhor as suas instituições e os recursos que a sua actividade envolve, sobretudo ao nível da identificação da população, da análise dos utilizadores e que percentagem utilizam os serviços, da produtividade e dos custos daí decorrentes, bem como dos objectivos expressos e dos alcançados.” (Ent. ACSS LVT 1)

A desproporção entre os meios técnicos e humanos habilitados tecnicamente para proceder à implementação e monitorização do processo de contratualização, por parte da agência, por um lado, e dos CS, por outro, que assistiam à “diminuição do número de médicos, de ano para ano, mas também ao acréscimo de necessidades e expectativas da população” (Ent. CS1), provocaram uma pressão adicional, responsável, na opinião da maioria dos entrevistados, pela criação de “condições próximas de uma total ingovernabilidade do sistema.” (Ent. CS 2)

Do lado dos CS reclama-se uma reengenharia adequada do desenho organizacional destas instituições, sem a qual,

“e com as novas exigências de rigor que o País exige, o “director” apenas servirá de bode expiatório manietado entre o descontentamento e a desconfiança dos profissionais e o autoritarismo das administrações regionais e da tutela política.” (Ent. CS3)

“O bom funcionamento dos CS dependia e continua a depender do trabalho, da criatividade e da dedicação dos seus profissionais, mas exige que existam condições organizacionais e lideranças esclarecidas e competentes que os enquadrem. Em estruturas sociais desta natureza de nada vale o vigor autoritário de uns quantos chefes providenciais.” (Ent. ACSS LVT 2)

Do lado da agência foi notória a insistência na ideia de que o funcionamento dependia sobretudo do nível de conhecimentos, competência, know-how e instrumental técnico existente nas Agências, pelo que o seu mandato foi, assim, relativamente subsequente ao “tamanho das suas pernas para caminhar” (Ent. ACSS LVT 1)

A voz efectiva do Cidadão

A influência da NGP nas reformas da saúde tem sido vasta, reflectindo-se em aspectos como a tentativa de incorporar mecanismos de empowerment dos utentes face ao sistema (Harding e Preker, 2000). Sustenta-se, pois, que nas sociedades modernas e evoluídas, os cidadãos deverão

situar-se no centro do modelo de prestação de cuidados de saúde. Por isso devem ser ouvidos sobre os cuidados prestados e as suas opiniões e preferências devem ser respeitadas, tentando satisfazer as suas legítimas necessidades.

“Não é possível reformar a saúde sem alterar consideravelmente a relação do cidadão com o seu sistema de saúde” (Ent. CS 1)

Esta foi uma das mensagens que, de forma persistente, foi veiculada pelos nossos entrevistados. Sublinham, ainda, que situar o cidadão no centro do sistema de saúde, constitui uma ideia com um conteúdo objectivo, não se podendo resumir, como afirma um dos entrevistados, “a uma questão meramente retórica. Há que implementar os instrumentos concretos para realizá-la.” (Ent. ACSS LVT 2)

Tendo presente as considerações traçadas por Escoval (2003), acerca da metodologia adequada para realizar o empowerment dos cidadãos, a qual, para a referida autora, deve ser equacionada em dois planos, a saber, a definição dos mecanismos de participação do cidadão na gestão do sistema público de saúde e a identificação da estrutura organizacional, pertencente ao sistema público, responsável pela promoção e garantia da participação dos cidadãos, podemos afirmar que para os entrevistados, aquando da realização da primeira experiência de contratualização com os CS em Portugal, não existia ainda um sistema de audição das opiniões dos cidadãos sobre a saúde. Nesta lógica, o cidadão não podia ser perspectivado enquanto parte do processo de decisão central ou como sujeito activo, mas sim como mero objecto de prestação de serviços.

Não obstante, a criação das ACSS, em 1996, foi sinalizado como algo positivo, para a maioria dos entrevistados, na medida em que permitiu dar início ao desenvolvimento de um processo de organização do sistema de saúde centrado no cidadão, contemplando a sua participação na função agência. Dentre as principais iniciativas, destacam-se, de acordo com os entrevistados,

“a maior divulgação das ideias estratégicas e muitos documentos produzidos; maior ênfase nos mecanismos de voz existentes nos serviços; a constituição de comissões de acompanhamento externo dos serviços de saúde (CAESS) e ao nível dos CS foi fomentada a criação do gabinete do utente, com representantes nas sub-regiões e regiões de saúde.” (Ent. ACSS LVT 2)

“ (...) A Agência utilizou essencialmente os dados de um questionário aos utentes que foi efectuado

pelo Centro de Estudos da Faculdade de Economia de Coimbra. Estes dados eram transpostos para uma folha própria destinada à CAESS e que era apresentada em sede de negociação do OP.” (Ent. ACSS LVT 4)

Consideram ainda os entrevistados ter existido, por parte da agência, a definição de uma prioridade relativa à potenciação dos gabinetes do utente e à recolha de opiniões e expectativas dos utentes, que foi aceite pelas equipas coordenadoras dos CS, que, assim, passaram a contar com uma mais-valia para uma gestão/coordenação mais aberta/participada.

“ (...) Todos os CS apresentaram no OP para 2000 a evolução do número de reclamações entre 1997 e 1999 inscritas no livro de reclamações ou apresentadas no gabinete do utente ou por outras vias e penso que o aumento do número de reclamações foi sobretudo encarado como um indicador da crescente utilização do mecanismo da voz por parte dos utilizadores dos serviços.” (Ent. ACSS LVT 1)

Com base nestas informações, alguns CS sublinham a realização de acções de “melhoria contínua para a qualidade, baseadas em necessidades identificadas por aquela via, nomeadamente a melhoria da sinalização, a marcação de consultas e o atendimento por hora marcada e ainda formação dos profissionais na área relacional.” (Ent. CS 1)

Outro dos aspectos sinalizados positivamente foi o facto de grande parte dos CS terem assumido o compromisso de adoptarem o sistema informatizado de tratamento e monitorização das reclamações (STMR) da ARSLVT, bem como o tratamento sistematizado e uniforme das reclamações. Tal foi não só a nível institucional, como regional, o que possibilitou a categorização dos problemas e o cálculo de indicadores de processo na sua resolução.

Relativamente à “informação ao cidadão”, os entrevistados indicam como um avanço o facto de grande parte dos CS terem começado a distribuir, de forma sistemática e continuada, guias de acolhimento/informação aos utentes e de folhetos informativos para autocuidados (designadamente, diabetes, hipertensão, preparação para a maternidade). Na perspectiva dos directores de CS, a satisfação com os serviços de saúde, na sua dupla vertente da satisfação dos utentes e da satisfação dos profissionais, não foi descurada. Relativamente a este aspecto, realçam a aderência, por parte dos CS e aquando da negociação, à utilização de um instrumento de avaliação da satisfação dos utentes dos CS, elaborado pela Direcção-Geral da Saúde, e que foi aplicado na generalidade dos CS da Região.

Foi entregue a todos os CS informação de retorno relativa ao questionário de satisfação dos utentes aplicado em Julho de 1999, cujos resultados, a nível regional e sub-regional, obtidos a partir de 39% de respostas (3971, num total de 10 200 questionários distribuídos), realçam que a satisfação dos utentes com o CS está essencialmente vinculada à dimensão “relação e comunicação”. Esta relação integrava aspectos tais como: um adequado atendimento na consulta (em tempo); interesse pelos problemas do utente; facilidade em comunicar com o médico; envolvimento nas decisões sobre os cuidados médicos; forma como o médico ouviu o utente; confidencialidade da informação clínica. O médico de família tinha um “peso” relativo superior ao dos restantes profissionais, sendo que foi na dimensão “organização dos serviços” que se registou maior insatisfação dos utentes. Esta dimensão integrava actividades como apoio do pessoal do CS, facilidade em marcar consultas, facilidade em contactar telefonicamente o CS e o médico de família, tempo de espera na sala e rapidez de resolução dos problemas urgentes.

Apesar dos avanços, os entrevistados argumentam que haveria ainda um longo caminho a fazer nesta vertente da orientação para o cidadão, tanto no que se refere à informação que lhe deveria ser destinada, como nos mecanismos da participação.

O acompanhamento externo dos serviços de saúde,

“oferecia um grande potencial para o desenvolvimento de mecanismos de participação dos utentes e da sua capacitação para lidar com o sistema de saúde e suas organizações. Penso que não foi devidamente explorado, por falta de maturidade da Agência, das CAESS, de tempo e, também, das contingências a que estava sujeita a Agência (orientações da própria ARS).” (Ent. ACSS LVT 3)

As equipas de contratualização da agência de LVT para a área de CSP, incorporavam três médicos de saúde pública, dois administradores hospitalares, ambos também médicos e um sociólogo. Estes profissionais reuniam previamente com a respectiva Comissão de Acompanhamento Externo (CAESS) para a preparação das reuniões de contratualização. Da parte dos CS participava a respectiva Direcção, bem como responsáveis de serviços da sub-região de saúde respectiva (Planeamento ou mesmo o Coordenador sub-regional). Ocasionalmente estava presente um representante do Conselho de Administração da ARS.

“A reunião visava discutir e acordar sobre o volume e tipo de cuidados a contratualizar, nas diferentes áreas da prestação de cuidados, que pautariam a actividade do CS no ano seguinte. Havia especial incidência sobre os indicadores que mais se distanciavam da “média” ou outro valor indicativo de referência que era observado no conjunto dos CS da mesma área, ou da Região, ou da “norma” estipulada pelos programas nacionais. Os membros da CAESS apresentavam e promoviam a discussão sobre diversas questões que reflectiam a visão do utente (por exemplo, os resultados do questionário sobre a opinião dos utentes referido em I). Da reunião era elaborada um

memorando/acordo que viria a servir de base para o acompanhamento do OP” (Ent. ACSS LVT 3)

Um dos entrevistados referiu que pelo facto de o “acompanhamento externo ter funcionado em paralelo à função contratualização” (Ent. ACSS LVT 4), foi alvo de alguns “alertas de intromissão nas áreas de actividade do Instituto de Qualidade em Saúde (IQS).” (Ent. ACSS LVT 4)

Em suma, a criação das CAESS foi percepcionada como um primeiro passo para assegurar uma representação do cidadão, pois a sua constituição foi acordada com o poder autárquico e com organizações do consumidor. Todavia, na opinião dos entrevistados o desinteresse por esta dimensão da contratualização contribuiu igualmente para o seu progressivo esvaziamento.

Conclusão

Aproximando-se o fim deste trabalho, embora não seja o fim da investigação e da concomitante produção do conhecimento científico, que por natureza é sempre algo de inacabado, importa sistematizar as conclusões mais relevantes, reflectindo sobre elas na busca de um sentido aglutinador, sugerindo, se possível, caminhos e novas pistas conducentes a novos esforços de pesquisa.

Recordando o percurso delineado, começamos por retomar os principais temas introduzidos na discussão teórica, desenvolvidos ao longo do trabalho.

Como explicitámos antes, o processo de contratualização, objecto de análise deste trabalho de investigação, emerge sob influência da Nova Gestão Pública e traduz, essencialmente, a passagem de uma sociedade de comando para uma sociedade “em rede”, em que as relações contratuais substituem as tradicionais relações hierárquicas (Hood, 1991; 1995). Esta mudança, promovida no sentido de facilitar a desconstrução de hierarquias burocráticas, dominante nas instituições públicas, integrando-as em redes dispersas de financiadores e prestadores (Ferlie et al., 1996; Reed, 2002), passou pela constituição de agências, organizações semi-autónomas responsáveis pela execução das políticas públicas, que, simultaneamente, desempenham o papel de agente, agindo em nome e no interesse dos utilizadores ou da sociedade, o que acarretou consequências imediatas para o papel do Estado, que deixa de ser definido por referência à sua onnipresença na prestação de serviços (Osborne e McLaughlin, 2002). Assim, as funções que o Estado deixa de desempenhar podem passar a sê-lo por um conjunto diverso e fragmentado de organizações, com fins lucrativos ou voluntárias, no interior de um mercado gerível, no qual os contratos têm um papel fundamental (Deakin e Walsh, 1996).

A dupla característica “maior autonomia” e “compromisso prévio” é encarada como indissociável da visão do contrato como um compromisso, que implica responsabilização, obrigação de prestar contas (accountability) e a introdução de mecanismos de transparência. Os contratos podem ser definidos de acordo com quatro elementos básicos: quem são as partes envolvidas, o estatuto legal das partes envolvidas, os tipos de mecanismos particulares do contrato e o alcance do contrato (relações bilaterais ou multilaterais).

Quando aplicado ao sector da saúde, o processo de contratualização assume características específicas. Assim, como sustenta Ferreira (2004), o baixo grau de contestabilidade do “mercado” da saúde, associado à tendência para existência de monopólios naturais (regionais e/ou locais) na oferta, a descontinuidade desta oferta ao longo da cadeia de “produção de saúde” e o forte poder dos profissionais, que interagem com um financiador público monopsonista, dão origem a um “mercado” caracterizado pela multidimensionalidade do “produto” final e por dificuldades na mensurabilidade do produto (output) e dos resultados (outcomes).

Por outro lado, estas mesmas especificidades do “mercado” da saúde, relacionadas com a própria natureza do bem em causa, o grau de incerteza, as assimetrias informacionais existentes, a sua inerente incompletude, as dificuldades em observar a qualidade e o desempenho e os problemas de monitorização e controlo dos prestadores, que acarretam, como referimos, elevados custos de transacção, estão na origem de alguns “fracassos” contratuais (Rico e Puig-Junoy, 2002; Domberger e Jensen, 1997).

Nesta perspectiva, Saltman e Von Otter (1992) propõem para o sector da saúde um paradigma do mercado planeado, que, embora mantendo sempre os elementos da separação entre financiador e prestador, permitirá uma afectação mais “competitiva” e descentralizada de recursos e a preservação da natureza pública do sistema (Cabiedes e Guillén, 2001 apud Ferreira, 2004b).

Relativamente à contratualização, apesar do seu propósito ser o aumento da eficiência e o controlo dos custos - através do estímulo à descentralização da gestão, melhoria do desempenho dos prestadores via concorrência de mercado e melhoria do planeamento do desenvolvimento dos cuidados de saúde (Mills e Broomberg, 1998) - é possível que o seu efeito seja precisamente o oposto. Face à importância que a hipótese de quality-shading assume no sector da saúde, ou seja, de as entidades contratualizadas para prestarem cuidados de saúde às populações diminuírem a qualidade do serviço face ao que existia anteriormente, no sentido de pouparem custos, acentuam-se as exigências de regulação que acarretam elevados custos de transacção (Williamson, 1979). Por outro lado, favorecem, também, a diminuição dos potenciais ganhos de eficiência introduzidos com o acréscimo de competição no sistema prestador, para além dos problemas decorrentes em questões como a equidade.

Em Portugal, as referências públicas à necessidade de reforma no sector da saúde tornam-se mais acentuadas a partir do início da década de noventa, tendo-se iniciado alguns ensaios de diversas mudanças de organização na prestação, no financiamento, na gestão de cuidados de saúde (no sector público): os projectos Alfa, a autonomia hospitalar, os Regimes Remuneratórios Experimentais, e a criação das Agências de Contratualização, entre outros.

Como vimos, o modelo de contratualização utilizado em Portugal, na década de noventa, o qual pretendeu instaurar nas instituições e serviços do SNS um modelo de distribuição de recursos que procurava transferir o centro da decisão da esfera técnico/política das estruturas de planeamento central, para a relação dinâmica (quase) contratual entre os agentes, com a criação da primeira agência de acompanhamento dos serviços de saúde, na RLVT, em 1996, divergiu, no essencial, do adoptado por outros países, nomeadamente no Reino Unido e na Espanha. Os prestadores são mantidos no interior da esfera jurídica da AP e, conseqüentemente, observa-se uma continuidade dos laços hierárquicos entre a Administração de Saúde e as instituições prestadoras. Os mecanismos concorrenciais são mais secundarizados, justificando-se este desenho organizacional por princípios de prudência, na intervenção num sector fundamental e delicado, e pela consciência da exiguidade dos instrumentos de avaliação (Escoval, 2003).

Com efeito, a distribuição dos recursos, a avaliação e acompanhamento do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, até então, funções das ARS, foram diferenciadas e especializadas. Para isso, concorreram a constituição das ACSS, representadas por equipas técnicas de análise económico-financeira e de avaliação de necessidades em saúde, e, ainda, a constituição de equipas de acompanhamento externo. Conjuntamente, estas duas instâncias podiam contribuir para uma tomada de decisão, mais informada e reflectida, sobre o financiamento e a utilização dos serviços de saúde. Por sua vez, as administrações das ARS passariam a ser detentoras de um nível de autoridade que lhe permitiria financiar as instituições de saúde, coordenar as relações entre estes, assumindo desse modo, um papel crescente na política de investimentos (Ministério da Saúde, 1997).

Tendo este enquadramento geral como referência, retomamos agora os objectivos e as questões de investigação inicialmente formulados, e relembremos, em jeito de síntese, as principais problemáticas que foram emergindo ao longo da nossa reflexão teórica no âmbito da

revisão da literatura. Centramo-nos, a seguir, nas principais conclusões extraídas da análise dos dados recolhidos, também com o objectivo de estimular o debate teórico e, por fim, apresentamos algumas considerações relativas a desenvolvimentos e pistas futuras de investigação.

O presente trabalho insere-se no contexto destas mudanças no sistema de saúde nacional e teve como principal objectivo analisar as experiências de contratualização com os CS, em Portugal. Mais concretamente, pretendeu-se realizar uma apreciação global dos resultados da experiência de contratualização com os CS por parte da ACSS da RLVT⁸², tanto no que toca ao seu enquadramento, como no que concerne aos processos de contratualização adoptados, avaliando em termos globais, as percepções ou representações dos actores sobre os processos adoptados na experiência de contratualização com os CS da RLVT, na década de noventa. Por outro lado, procurou-se identificar os principais factores críticos que, no contexto português, têm condicionado a implementação dos processos de contratualização na área dos CSP.

Relativamente aos objectivos definidos, foi possível colocar algumas questões operacionais, nomeadamente, quanto ao contexto em que se insere o sector da saúde em Portugal, e procurou-se aferir se a implementação de um processo de contratualização é viável, sem o desenvolvimento de outras componentes, nomeadamente a regulação, a qualidade, a cidadania e a inovação na gestão. Em referência ao processo de contratualização desenvolvido em Portugal, para o sistema de saúde em geral, e para os CS, em particular, procuramos identificar qual o padrão de contratualização mais adequado ao contexto dos CSP, em Portugal, e quais os obstáculos operacionais e culturais que surgiram no desenvolvimento da contratualização. Procurámos, também, tentar compreender até que ponto houve consolidação das experiências anteriores de contratualização com CS (região LVT), do ponto de vista da institucionalização da prática de negociação por contratos, tentando, igualmente perceber, se existiu um controlo democrático do cidadão sobre os processos de contratualização.

Os processos de recolha de informação, que serviram de suporte à nossa investigação e que se apoiaram na realização de entrevistas semi-estruturadas, e respectiva análise de conteúdo dos dados obtidos, permitiram identificar algumas das razões, que na perspectiva dos actores da nossa amostra, explicam o fraco impacto (e sucesso) da experiência.

⁸² A única região de saúde que tentou, em larga escala e por um período de tempo superior a um ano, a negociação dos CS com Agências de Contratualização, foi a região de Lisboa e Vale do Tejo, e em menor escala, a região do Alentejo.

Convém frisar que o desenvolvimento do estudo obedeceu a opções da investigadora que acarretaram algumas limitações. Tivemos consciência dos limites que este projecto de investigação pressupunha, decorrente, desde logo, do desfasamento temporal entre o momento da recolha de dados e a sua verificação histórica. Se, por um lado, como sublinha Mendes (1999), a existência de um considerável distanciamento temporal entre o período focado e o da pesquisa pode ser vantajoso para que os factos - mesmo os mais exaltantes - possam ser interpretados num contexto histórico correcto “com o olhar desapassionado que só um especialista pode garantir” (Mendes, 1999:101), por outro lado, acarreta dificuldades acrescidas na reconstituição da memória dos factos por parte dos principais intervenientes no processo (nem sempre facilmente localizáveis e contactáveis).

Outra limitação diz respeito ao número de entrevistados. Contudo, terminado o estudo, continuamos a considerar, que, apesar de correremos o risco de encontrarmos sobreposição de alguns dados, em determinadas áreas, poderíamos ter encontrado resultados potencialmente mais ricos se tivéssemos uma amostra de maior dimensão.

De registar ainda, a convicção construída e sedimentada ao longo do processo de investigação, de que as diferenças regionais de adesão, concepção e implementação deste processo de contratualização, levantam outras questões, igualmente relevantes e merecedoras do interesse e da atenção da investigação, num futuro próximo, mas que extravasavam o âmbito do presente trabalho.

Não obstante, e no alinhamento das conclusões de alguns estudos⁸³ sobre a temática da nossa investigação, os principais elementos que encontrámos para interpretar o insucesso ou fraco sucesso da experiência de implementação da ACSS na região de LVT, no período de 1996 a 2000/2001, de acordo com o discurso dos actores, identificam-se, desde logo, com o constrangimento do ambiente jurídico da administração pública, quer a nível de regras de aquisição de bens e serviços, quer na gestão de recursos humanos; com os problemas culturais na responsabilização pelo cumprimento de objectivos, a vários níveis, agravados pela desadequação entre recursos disponibilizados (à ACSS) e os objectivos preconizados com o seu trabalho; com a falta de apoio político na concretização do quadro de referência contratual e, igualmente, com a

⁸³ Nomeadamente, Freitas (2002), Escoval (2003) e Cabral (2005).

ineficácia do sistema de informação. Ou seja, podemos concluir que, de acordo com os dados obtidos, a experiência foi, essencialmente, prejudicada quer por factores contextuais, de enquadramento geral e institucional, como por factores relacionados como a conceptualização e operacionalização do processo de contratualização.

Na verdade, os resultados da análise empírica empreendida reforçam a influência de variáveis externas adversas, de indecisões políticas e da falta de medidas complementares, que explicam, em parte, que o processo de contratualização na saúde e, em particular, nos CSP não atingisse os resultados possíveis e desejáveis.

Na perspectiva dos actores entrevistados, parece existir evidência suficiente para concluir que as alterações contextuais, de natureza sociopolítica e macroeconómica, contribuíram para a criação de alterações nos factores de contingência, reforçando-se, assim, a ideia de que a contratualização é um processo eminentemente contingencial, dependente das características dos sistemas de saúde concretos, e também um processo político, sujeito a pressões de diferentes grupos e opções partidárias (WHO, 2000; England, 2000; Figueras et al., 2005; Mills, 1997; Robinson e Le Grand, 1995; Saltman, 2002). De facto, este processo parece ter sido prejudicado, de forma notória, pela fraca determinação política na sua primeira tentativa de implementação na saúde. Neste sentido, os actores entrevistados defendem que a consolidação do processo é um projecto de médio/longo prazo, que exige continuidade, mas que tem uma forte imprevisibilidade, dada a sua grande dependência da vontade política.

Assim, no tocante à vulnerabilidade aos factores da envolvente contextual, toda a informação recolhida aponta para a insuficiência de enquadramento e acompanhamento do número limitado de novas experiências de gestão nas unidades prestadoras de cuidados de saúde primários, nos finais da década de noventa, em Portugal. É relativamente consensual (mas não unânime) a ideia de que a estratégia (falhada) da contratualização da ACSS da região de LVT com os CS esteve muito dependente da reforma (não realizada) organizacional dos CSP. As potencialidades, não exploradas, que o projecto associado à constituição dos CS de 3ª geração, com a introdução progressiva de remunerações associadas ao desempenho (começando pelo RRE – Regime Remuneratório Experimental para da clínica geral), oferecia, aliada à implementação dos SLS, foi um dos aspectos mais enfatizados pelos entrevistados a este respeito.

Refira-se, todavia que, nem todos os entrevistados concordaram com as virtualidades que se pretendem associar ao projecto da criação e constituição das ULS, com a integração da gestão num conselho de administração único (tradicional), e a consequente integração/unificação da gestão operacional e organizacional do hospital e dos CS envolventes, sustentando a sua posição na possibilidade de descaracterização e perda de identidade dos CSP, decorrentes da integração dos serviços hospitalares com os CS, sobretudo quando a cultura dominante na gestão dos serviços de saúde, na sua essência, é hospitalocêntrica. Alerta-se, pois, para o risco de as ULS poderem subalternizar os CSP (em autonomia e em afectação de recursos, tanto humanos como de orçamento).

Não obstante, apesar das acções não terem passado de processos descontinuados, tais iniciativas demonstram, na opinião dos entrevistados, que já se tinha identificado em Portugal a necessidade de mudança organizativa para apoiar as reformas sectoriais: a separação entre financiador e prestador resultou de diferentes diagnósticos sobre os limites do modelo integrado de comando e controlo para a intervenção pública em saúde.

Neste domínio, a manutenção de um sistema centralista de organização da produção de cuidados de saúde, em geral, e nos CSP, em particular, foi percebido como um factor de bloqueio, não indutor da eficiência na utilização dos recursos nem da adequação da produção às necessidades e exigências dos consumidores/doentes. As fragilidades da governação da saúde em Portugal evidenciaram-se, ainda, nos desencontros entre as necessidades da população e os modelos de gestão e administração dos recursos e dos equipamentos de saúde.

De uma forma geral, os responsáveis pela agência de contratualização da região de LVT entrevistados consideram ter havido, durante o período em análise, uma preocupação com a definição dos objectivos genéricos, devidamente quantificados e mensuráveis, para o processo de contratualização com os CS (tal como para os hospitais), dizendo respeito às áreas ou problemas de saúde considerados prioridades regionais.

Porém, na opinião dos actores, a prossecução de tais objectivos esteve excessivamente dependente do nível de conhecimentos, competência, know-how e instrumental técnico, existente nas Agências.

Relativamente à forma organizacional e ao nível de actividade adoptados para estas instituições estatais negociadoras/compradoras, os profissionais entrevistados apoiaram maioritariamente a função Agência de Contratualização a nível regional/sub-regional. Sublinharam, no entanto, o risco de sobreposição de actividades das novas Agências com as funções já tradicionais das ARS (e, paralelamente, o risco de eventuais conflitos entre os “novos e velhos titulares” dessas funções).

As vantagens percebidas das Agências residem na sua independência face às alianças políticas locais, potencialmente indutoras de ineficiências, e na facilidade em estabelecer ligações de trabalho informais, mas funcionais, entre diferentes departamentos.

Todavia a fragilidade institucional da agência, decorrente do facto de não ter uma estrutura formalmente reconhecida, nem a mesma se encontrar prevista no Regulamento da ARSLVT, pode ter permitido uma interferência negativa no seu normal funcionamento, pela dualidade de orientações provenientes dos órgãos centrais e regionais, para além de poder ter acarretado dificuldades acrescidas no recrutamento e fixação de quadros técnicos. Pelo contrário, a Agência sofreu um forte impacto da mudança de liderança no Ministério da Saúde.

Neste sentido, sublinha-se, que as estruturas regionais de contractualização deveriam ter oferecido garantias de estabilidade para os seus membros e mecanismos de remuneração atraentes para esta complexa função, podendo o seu financiamento ser indexado ao volume de “negócios”, assumindo o efeito dos custos de transacção nas decisões políticas e identificando-o.

O ciclo da contractualização, conceptualmente definido, iniciava-se com a identificação das necessidades em saúde e em cuidados de saúde, com posterior análise do OP, culminando com a avaliação de desempenho, respeitante ao período de exercício, ou seja, comparava valores esperados (perspectiva da Agência), com valores previstos (perspectiva das organizações) e valores realizados. As consequências dos desajustamentos, deveriam ser materializadas através da definição de critérios de atribuição de prémios/penalizações financeiras. Todavia, o processo de contractualização com os CS da região de LVT nunca chegou à distribuição de qualquer verba, mas apenas à explicitação sistemática da evolução dos custos por sectores. E, neste sentido, sem um sistema de consequências, o processo torna-se inconsequente e descredibiliza-se.

De uma forma geral, no âmbito da contratualização os responsáveis pela agência entrevistados consideram que não se conseguiu estabelecer um nexo explícito entre as necessidades de saúde e a prestação de cuidados, desde logo porque, as Agências não dispunham das capacidades técnicas (epidemiologia) para fazer as avaliações de necessidades.

Os actores reconheceram, ainda, que no processo de implementação da contratualização, o mais frágil e mais difícil de concretizar é a obtenção de indicadores de contratualização fiáveis, objectivos, justos, reais, exigentes na gestão, mas sem nunca descurem a qualidade de serviços e os cuidados prestados. Definir indicadores viáveis, exige que se compreenda as relações frequentemente complexas entre processos e resultados em saúde e que se analise a informação adequada aos objectivos da avaliação. Os indicadores de qualidade do desempenho, a acessibilidade e o desenvolvimento de mecanismos que aumentem a capacidade de gestão dos CS (suas fracções ou agrupamentos) são essenciais para que as prioridades de gestão sejam ajustadas a cada contexto populacional, social, demográfico e epidemiológico. Por outro lado, os actores argumentam que estes indicadores deveriam comportar não só dimensões quantitativas, como também qualitativas - institucionais, individuais (pacientes) e, ainda, indicadores epidemiológicos.

Se em relação à dimensão, acessibilidade e utilização, os responsáveis pelo processo de contratualização na SRSS e directores de CS do distrito, concordam com os indicadores utilizados, o mesmo não se poderá afirmar em relação aos indicadores escolhidos para medir as outras dimensões (nomeadamente, para a dimensão qualidade da prestação).

Os resultados da análise empírica empreendida apontam para uma excessiva focalização da vertente “produção” do CS na selecção dos indicadores a introduzir no OP. Este último, percebido como um instrumento negocial que consubstanciava um conjunto de oportunidades para as instituições, permitindo ponderar a orientação global para a resposta às necessidades de saúde dos seus clientes; avaliar os resultados face a objectivos de desempenho contratualizados em anos anteriores e efectuar propostas de trabalho a serem contratualizadas para o ano a que se refere o OP. Por outro lado, os processos de negociação e de acompanhamento do OP seriam capazes de proporcionar, ainda, a oportunidade de comparar quer a evolução da própria instituição ao longo do tempo, quer o desempenho entre instituições segundo padrões de qualidade e/ou benchmarks.

Foi opinião unanimemente transmitida pelos intervenientes entrevistados que a primeira experiência de contratualização em Portugal com os CS, revestiu um carácter eminentemente pedagógico, tornando-se também evidente a necessidade de uma maior formação em técnicas de negociação e condução de reuniões, por parte da Agência ou da ARS.

Outra das questões focadas prende-se ao facto da adopção de um sistema de indicadores estandardizados exigir à partida um sistema de informação robusto. Relembrem que o contexto tecnológico e informático em que se desenrolou esta primeira tentativa de aplicação da contratualização nos CS era caracterizado por um grande número de CS sem tecnologias de informação adequadas susceptíveis de serem utilizadas como ferramentas de gestão em termos de estrutura e organização, de apoio ao desempenho dos profissionais de saúde e como meio para o sucesso.

A incipiente contabilidade de custos das SRS é mencionada, pela maioria dos entrevistados, como entrave para elaboração de previsões de despesa a afectar à produção programada. Também do lado da Agência, a falta de informação era sentida de forma semelhante.

A monitorização realizada a nível regional e sub-regional, permitiu, na opinião dos interlocutores da SRS entrevistados, reconhecer as diferenças entre CS e incentivar comportamentos éticos entre os prestadores (na prática, a cumplicidade entre os profissionais da ACSS, da SRS e dos CS, funcionando como “outra face da moeda” da exigência na contratação).

Os actores entrevistados argumentam, igualmente, que o padrão de contratualização que melhor parece adequar-se ao contexto português é uma fase relacional assente num processo negocial informal, dado que os serviços evidenciam défices de prestação e que a contratualização pode conduzir a uma melhor regulação, o que implicará necessariamente uma melhor articulação e integração dos cuidados de saúde. Esta fase relacional será tanto mais longa quanto menor o empenhamento político no seu desenvolvimento e só poderá/deverá passar a uma fase contratual executória quando estiverem garantidas as condições mínimas de responsabilização, avaliação e transparência, de forma a evitar rupturas na prestação.

Concluiu-se que o processo de mudança se deve basear num movimento de envolvimento das equipas profissionais, devidamente enquadradas por dispositivos de contratualização (interna e

externa) e de apoio, e que há necessidade de contextualizar o aparecimento de novas responsabilidades e novas competências como forma de adaptação às transições epidemiológicas (novas doenças e expansão de outras menos relevantes no passado) e demográficas e aos novos modelos de prestação de cuidados.

O conjunto de actores entrevistados expressa a opinião de que é desejável um alinhamento cada vez maior entre os objectivos contratualizados e a missão das instituições de saúde, onde se deverão privilegiar os elementos que promovam o valor em saúde e não propriamente a produção de actos médicos. Por outro lado, o modelo de contratualização externa deverá incorporar objectivos que promovam a integração entre os vários níveis de cuidados, primários e hospitalares, de modo a fomentar a partilha de informação e de conhecimento.

Todavia, consideram que, aquando da realização da primeira experiência de contratualização com os CS em Portugal, não existia ainda propriamente um sistema de auscultação das opiniões dos cidadãos sobre a saúde. Não obstante, sublinham a preocupação demonstrada por parte da agência com a definição de uma prioridade relativa à potenciação dos gabinetes do utente e à recolha das suas opiniões e expectativas, que foi aceite pelas equipas coordenadoras dos CS, que assim passaram a contar com uma mais-valia para uma gestão/coordenação mais aberta/participada.

Em suma, sublinham ter existido uma excessiva focalização nos detalhes técnicos e um afastamento dos aspectos estratégico-políticos e de cidadania.

Em jeito de conclusão, podemos afirmar que as críticas e as deficiências ao processo de contratualização na saúde, encetado em Portugal, na década de noventa, ao nível dos CSP, não podem, com facilidade, ser identificadas, já que a decisão sobre a sua implementação não parece ter sido assumida politicamente, inviabilizando naturalmente o seu desenvolvimento e a assumpção séria pelos actores envolvidos.

A experiência internacional das últimas décadas comprova que as reformas no sector da saúde são processos lentos e complexos. Concretizam-se através de uma miríade de intervenções, mais ou menos concertadas, em momentos diferidos, que se vão progressivamente interdeterminando. Exigem uma orientação continuada e firme para a missão essencial do sistema de saúde.

Requerem competências de análise e de condução político-estratégica dos processos de mudança. Nenhuma reforma da saúde se faz de modo súbito e iluminado.

Neste sentido, a curta duração da experiência da Agência no processo de contratualização com os CS, na década de noventa, pode ter limitado ou mesmo condicionado a possibilidade de avaliação do seu desempenho face aos objectivos inicialmente propostos.

Não obstante, e do exposto, é possível inferir que a contratualização, tendo-se limitado à gestão de alguns objectivos, descentralizando algumas decisões e relacionando custos com actividades, foi condicionada pela permanência de uma hierarquia verticalizada do sistema, a qual parece ter dificultado a inovação e a aplicabilidade do desenvolvimento do processo.

Ainda assim, na opinião dos entrevistados, o processo de contratualização, encetado na década de noventa com os CS da RLVT, mesmo que incipiente e incompleto, conseguiu criar condições para a desejada “desconstrução” ou “desmontagem”, sem grandes sobressaltos, da pirâmide hierárquico-burocrática e centralista de comando e controlo, podendo, mesmo, melhorar e recentrar a comunicação à volta do desempenho e dos resultados obtidos e, por essa via, ajudar a recolocar a qualidade do diálogo em torno das políticas e, naturalmente, da sua definição.

Estando sobejamente identificados os principais problemas de que o sistema de saúde português enferma, num percurso em que o Estado se deixa capturar, facilmente, pelos diferentes actores da área da saúde, não tendo sabido criar uma visão estratégica que lhe permita ser um negociador credível, e um representante rigoroso dos cidadãos, nem actuando, deste modo, como regulador do sistema, parece existir um consenso entre os diferentes intervenientes na área da saúde entrevistados sobre a forma como o Estado deve intervir: reformar o sistema de modo a torná-lo mais justo e mais eficiente e investir na criação de instrumentos que apoiem e desenvolvam uma boa governação da saúde.

Referências Bibliográficas

- ACSSLVT (2000). Contratação com os CS na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Relatório final do processo de contratação 2000 com as instituições da ARSLVT, documento de trabalho, Julho de 2000.
- Aguiar, J. (2000). Eleições, configurações e divergências: os resultados eleitorais de 1995”, análise social, vol.xxxv nº 154-155: 55-84.
- Aguiar, J. (2005). Fim das ilusões. Ilusões do fim (1985-2005). Lisboa: aletheia editores.
- Allen, P. (1995). Contracts in the NHS internal market. *Modern Law Review*, 58, 321-42.
- Almeida, H. J. (1999). A unidade funcional de saúde – impacto nos barómetros do sistema de saúde português, xxvi curso de administração hospitalar 1996/1998. Escola nacional de saúde pública. Lisboa.
- Amaral, D. F. (2005). Curso de direito administrativo, vol. i, 2ª edição. Almedina.
- Andrade, I. J. M. (2006). Geografia da Saúde da População Imigrante na Área Metropolitana de Lisboa. Tese de Mestrado em Geografia. Lisboa: Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa.
- Appleby, J. (1994). Developing contracting a National survey of dha's, boards and NHS trusts. Nahat, Birmingham.
- Arendt, H. (1991). A Condição Humana. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 5ª ed.
- Araújo, J.F.E. (1998). Hierarquia, mercado e networks: mudança institucional, controlo e avaliação no reino unido. Avaliação na administração pública, acta geral do 10º encontro ina, lisboa.
- Araújo, J.F.E. (2000). O modelo de agência como instrumento de reforma da administração comunicação apresentada no forum 2000 – reforma do estado e administração pública gestonária, Iscsp, fundação calouste gulbenkian. Lisboa, julho, 2000.
- Araújo, J.F.E. (2000a). Hierarquia e mercado: a experiência recente da administração gestonária, in moderna gestão pública, acta geral do 2º encontro ina, lisboa.
- Araújo, J.F.E. (2002). Gestão pública em portugal: mudança e persistência Institucional. Quarteto, coimbra.
- Arrow, K. J. (1951). Social choice and individual values, New York, John Wiley and Sons (rev. ed. 1963).
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economic Of Medical Care, In the American Economic Review, Vol. Liii, Nº 5, Pp. 941-973.

- Atun, R. (2004). What Are The Advantages And Disadvantages Of Restructuring A Health Care System To Be More Focused On Primary Care Services? Who Regional Office for Europe's Health Evidence Network. Who Regional Office For Europe Publications. Copenhagen.
- Atun, R., Menabde, N., Saluvere, K., Jesse, M, Habicht, J. (2006) Introducing a Complex Health Innovation - Primary Health Care Reforms in Estonia (Multimethods Evaluation). Health Policy . 1: 79-91.
- Aucoin, P. (1990). Administrative reforms in public management: paradigms, principles, paradoxes and pendulums. Governance, vol 3, n.º 2, p 115-137.
- Baker, R. (2002). Reforming Primary Care In England - Again Plans For Improving The Quality Of Care. Scand J Prim Health Care 2000; 18:72-4.
- Barbosa, J. (2001). Apresentação ao Conselho Nacional de Saúde, Reunião Ordinária, 110, Brasília, Julho.
- Bardouille, N.C. (2000). The Transformation of Governance Paradigms and Modalities: Insights into the Marketisation of the Public Service in Response To Globalization. The Round Table, N.º 353, P 81-106
- Barnum, H., Kutzin, J., Saxenian, H. (1995). Incentives and Provider Payment Methods. International Journal of Health Planning And Management, Vol. 10, 23-45.
- Barreto, A. (1996). A Situação Social em Portugal, 1960-1995. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Lisboa
- Barros, P. P. (1999). Os Sistemas Privados de Saúde e a Reforma do Sistema de Saúde. (Policopiado).
- Barros, P. P. (1999). Eficiência e Modos de Pagamento aos Hospitais. Livro De Homenagem A Augusto Mantas. Príncipeia.
- Barros, P. P. (S.D.). As Políticas de Saúde em Portugal nos últimos 25 Anos: evolução da prestação na década de 1987-1996. (Policopiado).
- Barros, P. P. Gomes, J. P.(2002). Os Sistemas Nacionais De Saúde Da União Europeia, Principais Modelos De Gestão Hospitalar E Eficiência No Sistema Hospitalar Português. Ganec – Gabinete De Análise Económica. Faculdade De Economia – Universidade Nova De Lisboa.
- Barros, P. P. (2005). Economia Da Saúde - Conceitos E Comportamentos. Almedina. Coimbra.
- Behn, R. D. (1998). What Right Do Public Managers Have To Lead? Public Administration Review, 58, 209-224.

- Bentes, M. (1996). A Utilidade da Informação de Rotina na Avaliação da Qualidade: O Contributo do GDH. Em Vaz et al., As Reformas Dos Sistemas De Saúde. Associação Portuguesa De Economia Da Saúde, 267-277.
- Bennett S., Russell S., e Mills A. (1996). Institutional and Economic Perspectives on Government Capacity to Assume New Roles in the Health Sector: A Review of Experience. Php Departmental Publication n.º 22. London: Department Of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Berti, G. (1988). Il Principio Contrattuale Nell'attività Amministrativa. In: Scritti In Onore Di Massimo Severo Giannini. Milano: Giuffrè, 1988. V. 02, P. 47-65.
- Bevier, M. e Brien, O. (2001). New Labour and the Public Sector in Britain. Public Administration Review, 61, 535 – 547.
- Biscaia, A., Carreira, M. F., Fronteira, G., Antunes, A. R., Ferrinho, P. (2006). Onde Estamos – Como nos Comparamos com outros países da OCDE. Cuidados De Saúde Primários Em Portugal - Reformar Para Novos Sucessos. Padrões Culturais Editora. Lisboa.
- Biscaia, A. (2006 a)). A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários e a Reforma do Pensamento. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 22, 67-79.
- Biscaia, A. et al. (2006 b)). Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar Para Novos Sucessos. Grande Prémio Fundação Astrazeneca 2005. Padrões Culturais Editora. Lisboa.
- Bilhim, J. (2001). Teoria Organizacional. 2ª Edição, Iscsp, Lisboa.
- Bifulco, L. e Vitale, T. (2004) Contracting Of Social Policy In Local Welfare: A Change In Position Of The Recipients? Paper Prepared For The Ii Espanet Conference "European Social Policy – Meetings The Needs Of A New Europe" University Of Oxford, Oxford, September 9th-11th 2004.
- Black, D. (1948). On The Rationale of Group Decision-Making. Journal of Political Economy, 56, 23-34.
- Borg, W. e Gall, M. (1989). Educational Research: An Introduction (5th Ed.). London: Longman.
- Birdsall N and James E. (1992). Health, Government and the Poor. The Case for the Private Sector. Phn Working Papers. Washington Dc: World Bank.
- Bogdan, R. e Biklen, S. (1998). Investigação Qualitativa em Educação, Porto, Porto Editora.
- Bolton, S. (2002). Customer as king in the NHS. The International Journal of Public Sector Management, 15(2), 129-139.

- Branco, A. e Ramos, V. (2001). Cuidados de Saúde Primários em Portugal. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*. 2001; Volume Temático 2, 5-12.
- Brissos, M. A. (2004). O Planeamento no contexto da Imprevisibilidade: Algumas Reflexões Relativas Ao Sector Da Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 22, N.º 1 - Janeiro/Junho 2004.
- Broomberg, J. (1994). Health care markets for export? Lessons for Developing Countries from European and American experience. *Public Health and Policy Publications*, PHP Departmental Publication N.º 12, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Brookfield, D. (1994). Contracting For Services and Limits To Managed Competition. In *Journal Of Management In Medicine*, Vol. 8, 2, 17-23.
- Buchanan, J. M. e Tullock G. (1962). *The Calculus of ConsEnt*. Annarbor, Michigan University Press.
- Busse, R., et al. (2002) *Regulating Entrepreneurial Behaviour In Hospitals: Theory And Practice*, In R. Saltman, R. Busse e E. Mossialos (Eds.).
- Burt, R. (1980). Models of Network Structure. *Annual Review of Sociology*. 6: 79-141.
- Cabases, J. M., Gaminde, I. e Gabilondo, L. (1999). The Role Of Health Targets In Europe – Contracting Arrangements. In *The Health Strategy Context. A Regional Approach For Spain*”, Pamplona.
- Cabello, G. J. (2003). La Financiacion Sanitaria en el Nuevo Sistema de Financiacion Autonómica”, Xxiii Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud, Cádiz, 4-6 de Junho de 2003.
- Cabiedes, L., e Guillén, A. (2001). Adopting and Adapting Managed Competition: Health Care Reform in Southern Europe, In *Social Science and Medicine*, 52 (2001), 1205-1217.
- Cabral, A. J. R. (2001). Contratualização com CS: A Experiência Portuguesa. 2001. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*. Volume Temático 2 : 13-26.
- Cabral, V. M., Silva, P. A. e Mendes, Hugo (2002). *Saúde e Doença em Portugal. Inquérito aos Comportamentos e Atitudes da população portuguesa perante o Sistema Nacional de Saúde*, Imprensa de Ciências Sociais, Lisboa.
- Cabral, A. J. R. (2005). A mudança organizativa como projecto crítico para a eficiência do sistema público de saúde: análise teórica e estudo do caso das agências de contratualização em Portugal. Dissertação para a obtenção do grau de Doutor em Saúde Internacional. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa.

- Caiden, G. E. (1991). *Administrative Reform Comes To Age*, Walter De Gruyter, Inc., Berlin.
- Callon, M. (1993). *Ces Réseaux Que La Raison Ignore*. Paris: L'harmattan.
- Campos, A. C. (1983). *Saúde. O Custo de um valor sem preço*, Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, Lda, Lisboa.
- Campos, A. C. (1984). Cuidados de Saúde Primários e Ecodnomia da Saúde: Uma Aliança e mútuo interesse. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, Vol. 2, N.º 4 – Out-Dez 1984, 21-29.
- Campos, A. C. (1999). *Administração Pública: Bloqueios e Desenvolvimentos*. In *Livro de Homenagem a Augusto Mantas*, Apes, Lisboa.
- Campos, A. C. et al. (2006). “Políticas de Controlo dos Gastos Públicos com a Saúde.” *Revista O Economista*. 2006, 111 – 117.
- Campbell, S. (2008). Primary care: the UK experience. Comunicação oral apresentada no âmbito da sessão Saúde - em - Rede Cuidados de Saúde Primários. Lisboa, 21 de Fevereiro de 2008.
- Canotilho, J. G. (2000). *Paradignas de Estado e Paradignas de Administração Pública*. Moderna Gestão Pública (2º Encontro). Lisboa: Ina.
- Carapinheiro, G. (2006). A Saúde enquanto matéria política. In Carapinheiro, G., Org. – *Sociologia da Saúde. Estudos e Perspectivas*. Coimbra. Pé de Página, 137-164.
- Carapinheiro, G.e Cortês, S. (2000). Conflitualidade e Mudanças face a Novos Cenários Globais: O Caso dos Sistemas de Saúde Português e Brasileiro. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 57/58, 259-290.
- Carapinheiro, G. e Page, P. (2001). As Determinantes Globais do Sistema de Saúde Português. In Hespanha, P. e Carapinheiro, G., Orgs. *Risco Social e Incerteza. Pode o Estado Social recuar mais?* Porto: Edições Afrontamento. 81-121.
- Carlos, A. (2001). Principal – Agent Problems in Early Trading Companies: A Tale of Two Firms. *Historical Perspectives on the Economics of Trade* Vol. 82, 140-145.
- Carvalho, M. T. G. (2006). *A Nova Gestão Pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal*. Dissertação para obtenção de grau de Doutor em Ciências Sociais. Aveiro. Universidade de Aveiro.
- Carreira, H. M. (1996). *As Políticas Sociais Em Portugal*. Lisboa, Gradiva, Publicações, Lda.
- Casasnovas, G. L. (Dir.) e Gómez, A. R. (Coord.) (2001). *Evaluación de las Políticas de Servicios Sanitarios en el Estado de las Autonomías. Análisis Comparativo de Las Comunidades*

- Autónomas del País Vasco, Andalucía e Cataluña. Generalitat De Catalunya, Institut D'estudis Autonòmics, Bilbao, Fundación Bbv.
- Casasnovas, G. L. (2003). Reflexiones Acerca de la Nueva Financiación Autonómica de la Sanidad", Documento de Trabajo, Universidad Pompeu Fabra.
- Castells, M. (1998). L'ère de L'information (I Vol.). La Société En Réseaux. Paris: Fayard.
- Castells, M. (1999a). L'ère de L'information (II Vol.). Le Pouvoir De L'identité. Paris: Fayard.
- Castells, M. (1999b). L'ère de L'information (III Vol.). Fin De Millénaire. Paris: Fayard.
- Chevallier, J. (1999). La Contractualisation dans le Secteur Public des Pays Industrialisés depuis 1980. Paris: L'harmattan, 1999, 397-414.
- Chernichovsky, D. (1995). Health System Reforms In Industrialised Democracies: An Emerging Paradigm. In The Milbank Quarterly Vol. 73 N° 3, 339-372, Cambridge, Usa And Oxford, Uk.
- Clague, C. (1997). The New Institutional Economics and Economic Development. In: Clague C, Ed. Institutions And Economic Development. Baltimore, Johns Hopkins, 1997.
- Christensen, T. e Laegreid, P. (2001). New Public Management: The Effects of Contractualism and Devolution on Political Control. Public Management Review. Vol 3, N.º 1, 73-94.
- Coase, R.H. (1937). The Nature of the Firm. Economica, N.4, Nov.
- Cochrane, et al. (1999). Effectiveness and Efficiency – Random Reflections on Health Services. London: The Royal Society Of Medicine Press.
- Colistete, R., Maluf, R. e Nakane, M. (1997). O que há de novo no Reino. Revista Teoria e Debate, São Paulo, n. 35, 1997, 13-19.
- Conceição, C. et al. (2005). Os Grupos Alfa e a Adesão ao Regime Remuneratório Experimental, Rev Port Clin Geral 2005, 21, 45-59.
- Conrad, J., Gultekin, M. e Kaul, G. (1997). Profitability of Short-Term Contrarian Strategies: Implications for Market Efficiency", Number 3, Journal of Business and Economic Statistics, N.º 15, July 1997.
- Cook, B. J. (1998). Politics, Political Leadership, and Public Management. Public Administration Review, Vol. 58, N° 3, 225-230.
- Costa, C. e Reis V, (1993). O Sucesso nas Organizações de Saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 11 (3), 59-68.

- Costa, N. e Ribeiro, J. (2001). A Experiência Internacional de Reforma do Sector da Saúde: Inovações Organizacionais e de Financiamento. ([http: Wwww.Fgv.Br/Ebap/Rap/Arq/Pag209a227.Html](http://Www.Fgv.Br/Ebap/Rap/Arq/Pag209a227.Html), Acedido em 25 de Outubro de 2008).
- Costa, et al. (2007). Avaliação do Desempenho dos Hospitais Públicos (Internamento) em Portugal Continental 2006. Escola Nacional de Saúde Pública Universidade Nova de Lisboa.
- Costa, M., e López, E. (1986). Salud Comunitaria. Barcelona: Martínez Roca.
- Craveiro, I. e Ferrinho, P. (2001). Planear Estrategicamente: A Prática no SNS. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 19, N.º 2 - Julho/Dezembro 2001.
- CRES (1998). Recomendações para uma reforma estrutural. Relatório do Conselho de Reflexão Sobre a Saúde, Lisboa.
- Culyer, A., J. (1971). The Nature of the Commodity - Heath Care - And Its Efficient Allocation, Oxford Economics Papers, Vol. 23, 189-211.
- Dawson, D. e Goddard, M. (1999) Long Term Contracts In the NHS: A Solution In Search Of A Problem? Health Economics 8, 709–720.
- Degenne, A. e Forsé, M. (1994). Les Réseaux Sociaux. Paris: Armand Colin.
- Devaney, M. (2000). Regulation, Moral Hazard and Adverse Selection in Appraisal Practice. The Appraisal Journal, 180-185.
- Dias, J. E. F. e Oliveira, F. P., (2005). Noções Fundamentais de Direito Administrativo. Almedina.
- Dias, M. R. et al. (2004). Promoção da Saúde: O Renascimento de uma Ideologia? Análise Psicológica (2004), 3 (Xxii), 463-473.
- Dimaggio, P. J. e Powell, W. (1991). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality In Organizational Fields. In Paul J. Dimaggio E Walter W. Powell (Eds.), The New Institutionalism In Organizational Analysis, The University Of Chicago Press, Chicago, 63-82.
- Direcção Geral da Saúde (1999). Monitorização da Qualidade Organizacional dos CS.” Moniquor. Lisboa.
- Direcção Geral da Saúde (2004). Relatório de Avaliação do Regime Remuneratório Experimental dos Médicos de Clínica Geral RRE. Comissão de Acompanhamento e Avaliação (Despacho Nº. 5077/04 de 13 De Março) Novembro 2004.
- Direcção Geral da Saúde. (2006). Elementos estatísticos. Informação geral: Saúde 2004. Lisboa.

- Domberger, S. e Jensen, P. (1997). Contracting Out By The Public Sector: Theory, Evidence, Prospects. *Oxford Review Of Economic Policy*, Vol. 13 (4), 67-78.
- Domberger, S. e Hall, C. (1996). Contracting For Public Services: A Review Of Antipodean Experience. In *Public Administration*, Vol. 74, N.º 1
- Donabedian, A. (1985). The Epidemiology of Quality. *Inquiry*, 22 (3), 282-292.
- Dosi, G. (1988). Sources, Procedures, And Microeconomics Effects Of Innovation. *Journal Of Economic Literature*, Vol. Xxvi, Setembro.
- Downs, A. (1957). *An Economic Theory of Democracy*, New York, Harper and Row.
- Dumont, J. P. (1995). *Les Systèmes Européennes de Sécurité Sociale*, Económica.
- Dunleavy, P. e Hood, C. (1994). From Old Public Administration to New Public Management. *Public Money e Management*, July-September, 9-16.
- Dunlop, D. W. e Martins, J. M. (1995). *An International Assessment of Health Care Financing - Lessons for Developing Countries*, Washington, the World Bank. Edi. Seminar Series.
- Durán, J. L. et al. (2006). *Health Systems in Transition: Spain*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Drumaux, A. (1994). *Management Contracts And The Regulation Of Public Enterprises*.
- Eggertsson, T. (1995). *Economic Behaviour and Institutions*. Cambridge University Press. Cambridge.
- Eiriz, V. e Figueiredo, J. A. (2004). Uma Abordagem em Rede à Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde, *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, Vol. 3, N.º 4, Outubro-Dezembro, 20 – 28.
- Eisenhardt, K. M. (1988). Agency and Institutional Theory Explanations: The Case of Retail Sales Compensation. *Academy Of Management Journal*, Vol. 31, N.º 3, 488-511, September 1988, Stanford University.
- Eisenhardt, K. M. (1989), Agency Theory: an Assessment and Review”, *Academy Of Management Journal*, Vol. 14, N.º 1, 57-74, September 1988, Stanford University.
- England, R. (2000). *Contracting and Performance Management in the Health Sector – Some Pointers on How to do it.* Dfid Health Systems Resource Centre, April 2000.
- Enthoven, A.C. (1981). The Behavior of Health Care Agents: Provider Behavior. In: Van Der, Gaag E Perlman, M. (Eds.) *Health, Economics and Health Economics*. Amsterdam: North-Holland Publishing Company, 1981.

- Enthoven, A. e Singer, S. (1995). Market - Based Reform: What To Regulate And By Whom. *Health Affairs*, 14:1, 105-119.
- Ensor, T., Witter, S. and Sheiman, I. (1997). Methods of Payment to Medical Care Providers”, In Witter, S. and Ensor, T. Editors. *An Introduction to Health Economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union*. West Sussex, England: John Wiley e Sons, 97-114.
- Epstein, R. S., Sherwood, L. M. – From Outcomes Research To Disease Management: A Guide For The Perplexed. *Annals Of Internal Medicine*. 124:9 (1996) 832-837.
- ERS (2006). Avaliação do Modelo de Celebração de Convenções pelo SNS. Novembro 2006.
- ERS (2009). Estudo do acesso aos cuidados de saúde primários do SNS. Fevereiro de 2009.
- Escoval, A. (1997). *Sistemas de Financiamento da Saúde. Análise e Tendências*, Apes, Lisboa.
- Escoval, A. (1999) *Sistemas de Financiamento da Saúde. Análise e Tendências*. Tese de Mestrado, INDEG/ISCTE.
- Escoval, A. (2003). *A Evolução da Administração Pública da Saúde: O Papel da Contratualização. Factores Críticos do Contexto Português*. Tese para Obtenção do Grau de Doutor em Organização e Gestão de Empresas. ISCTE. Lisboa.
- Escoval, A., Jesuino, J. C. et al. (2007). *Inovação de Políticas em Saúde: O Caso da Contratualização em Portugal*.” Relatório de Projecto de Investigação. ACSS/ENSP. Lisboa.
- Estrela, M.T, e Estrela, A. (1994). *A Técnica dos Incidentes Críticos no Ensino*. 2.^a Ed. Lisboa: Ed. Estampa.
- European Observatory On Health Care Systems (1999). *Health Care Systems In Transition: United Kingdom*.
- Evans, R.G. (1974). Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence And Implications In: Perlman, M. (Ed.) *Economics Of Health And Medical Care*. London: Macmillan, 1974.
- Evans, R.G. (1981). Incomplete Vertical Integration. The Distinctive Structure Of Health-Care Industry. In: Van Der, Gaag E Perlman, M. (Eds.) *Health, Economics and Health Economics*. Amsterdam: North-Holland Publishing Company, 1981.
- Evans, D. B., Edejer, T. T., Lauer, J., Frenk, J., and Murray, C. J. L. (2001). Measuring Quality: From System To The Provider, *International Journal For Quality. In Healthcare*, 13 (6), 439-446.

- Exworthy, M. e Halford, S. (eds.) (1999). *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Open University Press.
- Fendrick, A. M. et al. (1996). Differences between Generalist and Specialist Physicians Regarding Am J Gastroenterol. Aug; 91 (8): 1544-8.
- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L., e Pettigrew, A. (1996). *The New Public Management in action*. Oxford: Oxford University Press.
- Fireman, B., Bartlett, J., Selby, J.(2004). Can Disease Management Reduce Health Care Costs By Improving Quality? Health Affairs. 23:6 (2004) 63-75.
- Fernandes, A. S. (2005). Descentralização, Desconcentração e Autonomia dos Sistemas Educativos: Uma Panorâmica Europeia. In J. Formosinho, A. S. Fernandes; J. Machado e F. Ferreira, *Administração da Educação: Lógicas Burocráticas de Mediação*. Porto. Asa, 53-89.
- Ferreira, F. A. G., (1986). *Sistemas de Saúde e Seu Funcionamento: Sistemas de Cuidados de Saúde no Mundo – O Caso Português.* Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Ferreira, F. A. G., (1989). *Sistemas de Saúde e seu funcionamEnt.* Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa.
- Ferreira, A. S., (2004) *Regulação em Saúde e Regulação das Utilities: Que diferenças?* Artigo Publicado Na Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão, Vol.3(1) – Jan/Março 2004.
- Ferreira, A. S., (2004a). Do que falamos quando falamos de Regulação em Saúde? *Análise Social*, Vol. XXXIX (171), 2004, 313-337.
- Ferreira, F. I. (2004b). Uma Análise Crítica das Políticas de Parceria: A Metáfora da Rede.” Vº Congresso Português de Sociologia *Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Ação*. Atelier: Desenvolvimento, Parcerias Sociais e Metodologias de Intervenção. Braga: Universidade do Minho, 12 a 15 de Maio, 25-30.
- Ferreira, P. L., Raposo, V. (2006). A Governação em Saúde e a utilização de Indicadores de Satisfação.” *Revista Portuguesa Clínica Geral*, Nº 22, 285-296.
- Ferris, J.M. e Graddy, E. (1986). Contracting Out: For What? With Whom?” *Public Administration Review* July/August 333-344.
- Figueras, J., Robinson, R. e Jakubowski, E. (2005). *Purchasing To Improve Health Systems Performance: Drawing the Lessons*. In *Purchasing To Improve Health Systems Performance*. EOHSP, Open University Press.

- Flanagan, J. C. (1973). *A Técnica Dos Incidentes Críticos.*, Arq. Bras. Psic. Aplicada. Rio de Janeiro. Vol. 25, 99-141, Abril/Junho 1973.
- Flick, U. (1998). *An Introduction to Qualitative Research*. Thousand Oaks, Ca: Sage.
- Flynn, R. et al. (1997). *Contracting For Health. Quasi Markets And The National Health Service*. Oxford University Press.
- Foddy, W. (1996). *Como Perguntar: Teoria e Prática da Construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora.
- Fontana, A. e Frey, J. H. (1994). *Interviewing: The Art Of Science*. In N. K. Denzin e Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, Ca: Sage.
- Formosinho, J. (2005). *Centralização e descentralização na administração da escola de interesse público*. In J. Formosinho, A. S. Fernandes; J. Machado e F. Ferreira, *Administração da Educação: Lógicas Burocráticas de Mediação*. Porto. Asa, 13-52.
- Franco, F., (2001). *Eficiência Comparada dos Serviços Hospitalares: O Método de Fronteira Estocástica.* Dissertação de Mestrado em Gestão Pública. Universidade dos Açores.
- Freitas, P. (2002). *A Contratualização no Contexto do Serviço Nacional de Saúde. O Caso dos Hospitais do Grupo IV da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo*, Dissertação no Âmbito do Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, Lisboa. ISCTE.
- Freitas, P. (2006). *Notas para a compreensão do processo de contratualização com os Hospitais do Serviço Nacional de Saúde.* In “Questões Sociais Contemporâneas.” Actas das VIII Jornadas do Departamento de Sociologia. Coordenação De Eduardo Figueira, Maria Da Saudade Baltazar e Maria Manuel. Universidade de Évora. Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia “Augusto da Silva”, 424-441.
- Fukukama, F. (2004). *A construção de estados. Governação e ordem mundial no século XXI* (Trad.). Lisboa: Gradiva.
- Gaudin, J. P. (1999). *Gouverner par Contrat: L’action Publique en question*. Paris: Presses De Sciences Politiques, 1999, 28-29.
- Giraldes, M. R. (2008) *Eficiência Versus Qualidade no Serviço Nacional de Saúde Metodologias de Avaliação.* Acta Med Port 2008; 21: 397-410.
- Goddard, M, Mannion, R e Ferguson, B. (1997). *Contracting In the UK NHS: Purpose, Process and Policy.* Discussion Paper 156. Centre for Health Economics York Health

- Economics Consortium NHS Centre for Reviews e Dissemination. University of York.
- Goddard, M. e Mannion, R. (1998). From Competition to Co-Operation: New Economic Relationships in the NHS. *Health Economics*, Vol. 7, 105–119.
- Gomes, D. S. e Dias, J. L. (1987). O Serviço Nacional de Saúde: Descrição Sumária do seu desenvolvimento.” Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa.
- Gomes, J. C. R. (2002). Evolução Histórica e Conceito de Promoção da Saúde: Uma Reflexão em Português” Eu Masters In Health Promotion. In .<http://www.Ensp.Unl.Pt/Saboga/Prosaude/Eumahp> (Acedido em 28/12/2008)
- González, B. e Urbanos, R. (2001). Prioridades en la Organización de la Atención a la Salud en España, Informe Sespas 2001.
- Gray, A. e Jenkins, B. (1995). From Public Administration to Public Management: Reassessing a Revolution?” *Public Administration* Vol. 73, 75-99.
- Grawitz, M. (2001). *Méthodes des Sciences Sociales*. 11e Edition, Paris, Editions Dalloz.
- Greene, J. C., Caracelli V. J. e Graham W. F. (1989). Toward a Conceptual Framework for Mixed-Method Evaluation Designs”, *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 11, 255-274.
- Griffin, K. (1998). Diabetes Care: The Effectiveness of Systems for Routine Surveillance for People with Diabetes.” *Cochrane Library*.
- Grossman, S. J. e Hart, O. D. (1983). An Analysis of the Principal-Agent Problem. *Econometrica*, V. 51, 7-45.
- Guerra, J. (2003). Gestão da Doença I: Um Novo Paradigma na Abordagem das Doenças Crónicas. *Tempo Medicina*. 992 Disponível em <http://www.tempomedicina.com/arquiv.aspx>, acedido em 23/11/2008).
- Guerra, J. (2007). A Complexidade do Paciente com Doenças Crónicas – Qual a Melhor Organização da Prestação de Cuidados para responder às suas necessidades? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 23, 747-754.
- Gulliford, M. (2002). Availability Of Primary Care Doctors and Population Health In England: Is There an Association?. *Journal of Public Health Medicine*, 24: 252-4.
- Gulliford Mc, Jack R., Adms, G. (2004). Availability and Structure of Primary Medical Care Services and Population Health and Health Care Indicators in England.” *Health Service Research*. Jun 2004, 11; 4(1), 12.

- Guterman, S. (2005). U.S. and German Case Studies in Chronic Care Management: Na Overview. *Health Care Financing Review*. 27,1, 1-9.
- Ham, C. (1998). *Health Care Reform: Learning from International Experience*. Buckingham, Open University Press.
- Harding, A. e Preker, A. (2000). *Understanding Organizational Reforms: The Corporatization Of Public Hospitals*. Washington. Dc: World Bank.
- Harrison, A. (1993). Lntroduction. In Anthony Harrison, (Ed.), *From Hierarchv To Contract*, Policy Journals, Newbury, 1-13.
- Harrison, A. (1997). Hospitals in England. Impact of the 1990 National Service Reform. *Med. Care*, V.35(10, 50-61.
- Hart, O. (1990). Incomplete Contracts. In: Eatwell J, Milgate M, Newman P, Eds. *The New Palgrave: Allocation, Information and Markets*. Basingstoke, Macmillan, 1990.
- Hart, O. (1995). *Firms, Contracts and Financial Structure*. Oxford, Oxford University Press.
- Hespanhol, A., Pereira, A. C. e Pinto, A. S. (2000). Insatisfação Profissional em Medicina geral e Familiar: um problema intrínseco dos Médicos ou das condições de trabalho? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 2000, 16: 183-99.
- Hipólito, F. et al. (2002). Quem aderiu ao Regime Remuneratório Experimental e porquê?" *Revista Portuguesa de Cliica Geral*. 18, 89-96.
- Hobsbawm, E. J. (1996). *The Age of Extremes: A History of the World, 1914-1991*. Knopf Publishing Group, New York. (Tradução Portuguesa Com O Título "A Era Dos Extremos – História Breve Do Séc. XX 1914-1991, Lisboa, Editorial Presença.
- Hoggett, P. (1996). New modes of control in the public services. *Public Administration*, 74(1), 9-32.
- Hood, C. (1991). A Public Management for All Seasons? In *Administration*, Vol. 69, 3-19.
- Horn, Murray, J. (1995). *The Political Economy Of Public Administration*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Hughes, Owen, E. (1994), *Public Management e Administration*. The Macmillan Press. London.
- Hunter, D. J., Fairfield, G. (1997). Disease ManagemEnt. *Bmj*. 315, 50-3.
- Hurley, J., Birch, S. e Eyles, J. (1995). Geographically-decentralized planning and management in Health Care: some informational issues and their implications for efficiency. *Soc. Sci. Med.* Vol. 41, Nº 1: 3-11.
- Hurst, J. (1991). Reforming Health Care in Seven European Nations. *Health Affairs* Fall.172-189.

- Iliffe, S. e Munro, J. (2000). New Labour and Britain's National Health Service: an overview of current reforms. *International Journal of Health Services*, Vol. 30, N.º 2: 309-334.
- Imperatori, E. (1985). *Avaliação de CS: aspectos conceptuais*. Lisboa: Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários.
- Imperatori, E., Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento de Saúde*. Lisboa. Obras Avulsas.
- Instituto da Qualidade em Saúde. (2004). *Monitorização da Qualidade Organizacional dos CS. Moniquor*. Lisboa.
- James, O. (1999). Business Models And The Transfer Of Business-Like Central Government Agencies. Paper Presented at the American Political Science Association Annual Conference, Atlanta, Georgia.
- Jann, W. e Reichard, C. (2002). Melhores Práticas na Modernização do Estado. *Revista Do Serviço Público*. Ano 53. Número 3 Jul-Set 2002, 31-50.
- Jesuino, J.C., (1992) *A Negociação. Estratégias e Táticas*, Texto Editora, Lisboa, 1992.
- Jordan, G., (1992). Next Steps Agencies: From Managing By Command To Managing By Contract?. Aberdeen Papers W 6, University Of Aberdeen.
- Kaboolian, L. (1998). The New Public Management: Challenging the Boundaries of the Management vs. Administration Debate. *Public Administration Review*, Vol. 58, N° 3:189-193.
- Kaul, M. (1997). The New Public Administration: Management Innovations In GovernmEnt." In *Public Administration and Development*, Vol. 17, 13-26.
- Kerlinger, F. N. (1986). *Foundations Of Behavioral Research* (3rd Ed.). New York: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Kettl, D. F. (2000). *The Global Public Management Revolution*. Brookings Institution Press. Washington, D.C.
- Khademin, A. M. (1998). What Do We Want Public Managers To Be? Comparing Reforms. *Public Administration Review*, Vol. 58, N°3:269-273.
- Kickert, W.J.M. e Koppenjan, J.F.M., (1997), Public Management and Network Management: An Overview", In Kickert, Walter J. M., Klijn, Erik-Hans and Koppenjan, J.F.M, *Managing Complex Networks: Strategies for the Public Sector*, Sage Publications, London, 36-61.

- Kickbusch, I. S. (2001). Health Literacy: Addressing The Health And Education Divide. *Health Promotion International*, 16 (3), 289-297.
- Klein, R. (1995). Big Bang Care Reform – Does It Work? The Case of Britains's 1991 National Health Services Reforms. *The Milbank Quarterly*, 73(3), 1995, 299-337.
- Klein, B. e Keith, L. (1981). The Role of Market Forces in Assuring Contractual Performance. *Journal of Political Economy*, Vol. 89, 615-642.
- Kotowitz, Y. (1987). Moral Hazard. In: Eatwell, J., Murray, M. e Newman. P. (Eds.). *Allocation, Information and Markets*. The New Palgrave. Londres: W.W.Norton, 1987.
- Krashinsky, M. (1986). Transactions Costs and a Theory of the Nonprofit Organisation. In Rose-Ackerman S (Ed). *The Economics of Nonprofit Institutions: Studies In Structure And Policy*. Oxforduniversity Press, Oxford.
- Kreps, D. (1990). *A Course in Microeconomics Theory*. Princeton: Princeton University Press.
- Krumholz, M. e Lee, T. (2008). Redefining Quality – Implications of Recent Clinical Trials. *N Engl J Med* 2008; 358: 2537-9.
- Lang, C.Y., Cheng, X.D., Wen, G., Jiang, Y.W., (2004). Efficient Key-Frame Extraction Using Density-Estimation-Based Nonparametric Clustering. *Tencon. Ieee Region 10 Conf. A*, 21-24.
- Le Grand, J. e Robinson, R. (Ed.) (1984). *Privatization and the Welfare State*. London, George Allen e Unwin.
- Le Grand, J., e Bartlett, W. (1993). *Quasi-Markets and Social Policy*. Londres, Macmillan.
- Light, D. W. (2001). Cost Containment and the Backdraft of Competition Policies. *International Journal of Health Services*, Vol. 31, N. ° 4: 681-708.
- Lima, J. A. (2007). Redes na Educação: Questões Políticas e Conceptuais.” *Revista Portuguesa de Educação*. Vol. 29, N.º 2. Universidade do Minho, 151-181.
- Loevinsohn, B. e Harding, A. (2004). *Contracting For Delivery of Community Healyh Services: A Review of Global Experiences*. Hnp Discussion Papper. September 2004.
- Lopes, O. G. (1987). Planeamento em Saúde – Para a História da Evolução das Estruturas de Saúde em Portugal.” *Revista Crítica De Ciências Sociais*. 1987: 23:99-114.
- Lopes, M. A. (1993). *Os Pobres e a Assistência Pública. História de Portugal*, Dir. José Mattoso, Vol. V. *Círculo De Leitores*. Lisboa.
- Lucena, D., Gouveia, M. e Barros, P. P.(1995). *Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal*”, Documento De Trabalho, Ministério da Saúde, Lisboa.

- Luz, A. (2001). Contratualização com os CS a Região de Lisboa e Vale do Tejo." *Revista Portuguesa De Saúde Pública*. 2001; Volume Temático 2: 27-41.
- Macinko J., Starfield B. e Shi L. (2003). The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (Ocde) Countries, 1970-1998." *Health Service Research*, 38(3).
- Macneil, I. (1978) Contracts: Adjustment Of Long-Term Economic Relations Under Classical, Neo-Classical And Relational Contract Law. *Northwestern University Law Review*, 47:691-816.
- Maddock, S. e Morgan, G. (1998). Barriers to Transformation: Beyond Bureaucracy and The Market Conditions for Collaboration in Health And Social Care", In *International Journal Of Public Sector Management*, Vol. 11, N. 4, 234-251.
- Madureira, C. e Rodrigues, M. (2006). A Administração Pública do Século XXI: Aprendizagem Organizacional, Mudança Comportamental e Reforma Administrativa. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 2006, Vol. 12, N.º 2, 153-171.
- Mantas, A., Costa, C. e Ramos, F. (1989). Financiamento Hospitalar: Que Contributos para a Equidade? O Caso Português." *Associação Portuguesa de Economia da Saúde*.
- Marini, C (2003) *Gestão Pública: O Debate Contemporâneo*. Fundação Luiz Eduardo Magalhães. Salvador: Flem, 104.
- Mariotti, H. (1996). Conceitos Básicos – Organizações de Aprendizagem: Educação Continuada e a empresa do futuro." Editora Atlas Sa. São Paulo.
- Mariotti, H. (2000). A Dança dos conceitos. In: *As Paixões do Ego – Complexidade, Política e Solidariedade*. Palas Athena. São Paulo. P. 83-121.
- Matias, A. (1995). O Mercado de Cuidados de Saúde. Documento de Trabalho 5/95. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Lisboa.
- Martins, H. F. (2002). Cultura de Resultados e Avaliação Institucional: Avaliando Experiências Contratuais na Administração Pública Federal. In *VII Congreso Internacional Del Clad Sobre La Reforma Del Estado Y De La Administración Pública*, Lisboa, Portugal, 8 – 11 Outubro 2002.
- Maynard A. (1989). Incentive Contracts. Proc. 1st European Conference On Health Economics. Barcelona.
- Maynard, A., Bloor, K. (1995). Primary Care and Health Care Reform: The Need to Reflect Before Reforming." *Health Policy*, 31, 171-81.

- Maynard, A. (1999). European Health Policy Challenges, *Health Economics*, 14, 255-263
- Maynard, A. e Bloom, K. (1995). Primary Care and Health Care Reform: The Need to Reflect Before Reforming.” *Health Policy*, 31, 171-181.
- Mccourt, W., e Minogue, M. (Eds.) (2001). *The Internationalisation of Public Management: Reinventing The Third World State.* Cheltenham,Uk; Northampton, Ma: Edward Elgar.
- Mcguire, A., Henderson, J. e Mooney, G., (1988). *The Economics of Health Care – An Introductory Text.* Routledge, London.
- Mcpake, B. e Ngalande, B. E. (1994). Contracting Out of Health Services in Developing Countries. *Health Policy and Planning* 9(1), 25-30.
- Mendes, M. V. (2001). *A Reforma da Administração Pública em Portugal.* Disponível em www.stfpn.pt/arquivo/seminario7Maio/Texto_integral_Eng_VieiraMendes.pdf, acedido em 20/01/2009.
- Merriam, S. B. (1998), *Qualitative Research and Case Study Applications in Educatio.* San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- Mesquita, A. C. (2002). *Empowerment na Doença Crónica: Um Estudo de Caso*”, Tese de Mestrado. ISCTE. Lisboa.
- Miles e Snow (1984). Organization Fit: Fit, Failure and the hall of Fame. *Califórnia Management Review* Vol. 26 N. ° 3, 10-28.
- Milgrom, P. e Roberts, J. (1992). *Economics, Organization and ManagemEnt.* Prentice-Hall, Englewood Cliffs, Capítulos 2, 5 e 6.
- Mills, A. e Drummond, M. (1987). Value for Money in the Health Sector: The Contribution of Primary Health Care.” *Health Policy and Planning* 2(2), 107-128.
- Mills, A. (1995). *Improving the Efficiency of Public Sector Health Services in Developing Countries: Bureaucratic Versus Market Approaches.* Departmental Publication No. 17. London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Mills, A. (1997). Contractual Relationships between Government and The Commercial Private Sector in Developing Countries: Are they a Good idea in Health? In Bennett, S., Mcpake, B, e Mills, A. (Eds) *Private Health Providers in Developing Countries: Serving the Public Interest?* Zed Books. London.

- Mills, A. (1998) To Contract Or Not To Contract? Issues For Low Income Countries. *Health Policy And Planning* 13(1)32-40.
- Mills, A., Hongoro, C. e Broomberg, J. (1997). Improving the Efficiency of District Hospitals: is Contracting an Option? *Tropical Medicine and International Health* 2(2), 116-126.
- Mills, A. e Broomberg, J. (1998). Experiences of Contrating Health Services: An Overview of the Literature.” *Health Economics e Financing Programme Working Paper* 01/98. Lshtm.
- Minayo, M.C.S. (1994). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro. Hucitec/Abrasco.
- Ministério da Saúde (1996). *A Função De Agência – Acompanhamento Dos Serviços De Saúde*. ARSLVT. Lisboa. Junho de 1996.
- Ministério da Saúde (1996). *Princípios e Objectivos Gerais: Orientações Imediatas para 1997*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (1997). *Acompanhamento Externo dos Serviços de Saúde*. ARSLVT.Lisboa. Dezembro de 1997.
- Ministério da Saúde (1998). *Estratégia 1998-2002: Metas de Saúde: Objectivos Concretos para os Serviços de Saúde*. Lisboa. Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (1999 a). *Estratégia 1998-2002: Documento para uma Consulta Alargada*. Lisboa. Direcção-Geral da Saúde.
- Ministério da Saúde (1999 b). *Saúde Um Compromisso: Uma Estratégia de Saúde para o Virar do Século 1998-2002*. Lisboa. Direcção-Geral da Saúde,
- Ministério da Saúde (1999c). *Breviário dos Sistemas Locais de Saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Mendes, J.A. (1999), *Problemas de História Empresarial: Teoria e Prática Gestão e Desenvolvimento*, 8, 1999, 97-113.
- Ministério da Saúde (1999 d). *Relatório de Avaliação das Agências de Contratualização (1999)*. Documento de Trabalho. DGS. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2000). *Relatório de Avaliação Processo Contratualização com as Instituições da Região de Lisboa e Vale do Tejo – 2000*. Documento de Trabalho Para Discussão Interna da ACSS. Agência de Contratualização da ARSLVT. Lisboa.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde. Volume II: Orientações estratégicas*. Alto-Comissariado da Saúde. Lisboa.

- Ministério da Saúde. (2005). Linhas de Ação Prioritária para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários." Lisboa. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Disponível em <http://www.mcsp.min-saude.pt>, acedido em 30-06-2006.
- Ministério da Saúde (2006) Contratualização com as Unidades de Saúde Familiares para 2007. Secretaria de Estado da Saúde Agências de Contratualização dos Serviços de Saúde. 28 de Dezembro de 2006.
- Ministério da Saúde (2007). Modelos Organizacionais das Unidades de Saúde Familiar Norma VII do Despacho Normativo N.º 10/2007 de 26 de Janeiro. Lisboa, Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Disponível em <http://www.mcsp.min-saude.pt>, acedido em 30-06-2007.
- Ministério da Saúde (2008). Sucessos e problemas das Unidades de Saúde Familiar Um estudo qualitativo. Lisboa, Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Disponível em http://mcsp.lvengine.com/Imgs/content/page_46/Sucessos_Problemas_USF_20080224.pdf, acedido em 30-06-2008.
- Mintzberg, H. (1999). Estrutura e Dinâmica das Organizações. Lisboa: Publicações D. Quixote.
- Mishra, D., Jan, H. e Stanton, C. (1998). Information Asymmetry and Levels of Agency Relationship. *Journal of Marketing Research* Vol. XXXV, 277-295.
- Moore, M. (1996). Public Sector Reform: Downsizing Restructuring and Improving Performance. Revised Paper for Forum on Health Sector Reform. Mimeo. Who. Geneva.
- Moreira, C. D. (1994). Planeamento e Estratégias da Investigação Social. Lisboa. ISCSP. UTI.
- Moreira, J. M. (1996). Ética, Economia e Política. Lello e Irmão. Porto.
- Moreira, J. M. (1999). A contas com a Ética Empresarial. Principia. Cascais.
- Moreira, J. M. (2002). Ética, Democracia e Estado. Principia. Cascais.
- Moreira, J. M. e Alves, A. A. (2004). O que é a Escolha Pública – para uma análise económica da política. Principia. Cascais.
- Morgan, D. (1998), Focus Group as Qualitative Research. Newbury Park. California. Sage Publications.
- Mozzicafreddo, J. (2000). Estado-Providência em Portugal. Oeiras. Celta Editora.
- Neves, J. L. (196). Pesquisa Qualitativa - Características, Usos e Possibilidades. Caderno de Pesquisas em Administração, São Paulo, Vol. 1, Nº. 3, 2º Sem. 1996.

- Newman, J. e Clarke, J. (1994). Going about our Business? The Managerialization of Public Services. In J. Clarke, A. Cochrane E E. McLaughlin (Eds.), *Managing Social Policy*. Sage Publications .London.
- Nóvoa, A. (1999). Os Professores na Virada do Milénio: Do excesso dos discursos à pobreza das práticas. *Educação e Pesquisa*. 25 (1), 11-20.
- Nunes, R. e Rego, G. (2002). *Prioridades na Saúde*. Mcgraw-Hill. Lisboa.
- OECD (1992). *The Reform of Health Care Systems - A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Paris. OECD.
- OCDE (1998). *OCDE Health Data 98: Comparação de Sistemas de Saúde de 29 Países*. Paris. OCDE e CREDES.
- OECD (1999). *Performance Contracting – Lessons from Performance Contracting Case Studies: A Framework for Public Sector Performance Contracting*. Paris: OECD, Head of Publications Service, from <http://www.oecd.org/puma/>.
- Oliveira, G. J.e Schwanka, C. (2000). A Administração Consensual como a nova face da Administração Pública No Séc. XXI: Fundamentos Dognáticos, formas de expressão e instrumentos de acção, 124-143.
- OMS (1984). *Bulletin of the World Health Organization*, 62. Genève: OMS.
- OMS (2007). *Renewing Primary Health Care in the Americas, a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization*, from <http://www.paho.org/english/ad/ths/os/phc-position-paper.pdf>.
- OMS (2008). *The World Health Report 2008, Primary Health Care, Now More than Ever*. in http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.
- OPSS (2001). *Relatório Primavera de 2001. Escola Nacional de Saúde Pública*. Lisboa. Disponível em www.observaport.org/opss/rp_2001.pdf, acedido em 01/01/2008.
- OPSS (2002). *Relatório Primavera de 2002: O Estado da Saúde e a Saúde do Estado. Escola Nacional de Saúde Pública*. Lisboa. Disponível em www.observaport.org/opss/rp_2002.pdf, acedido em 01/01/2008.
- OPSS, (2003). *Relatório Primavera 2003: Saúde que Rupturas?.* Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa. Disponível em www.observaport.org/opss/rp_2003.pdf. acedido em 01/01/2008.

- OPSS, (2004). Relatório de primavera 2004. Incertezas...Gestão da mudança na saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa. Disponível em www.observaport.org/opss/rp_2004.pdf. acedido em 01/02/2008.
- OPSS, (2005). Relatório de primavera 2005. Novo serviço público da saúde. Novos desafios. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa. Disponível em www.observaport.org/opss/rp_2004.pdf. acedido em 01/02/2008.
- OPSS, (2006). Relatório Primavera 2006: Um Ano de Governação em Saúde – Sentidos e Significados.” Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa. Disponível em www.observaport.org/opss/rp_2006.pdf. acedido em 01/01/2008.
- OPSS, (2007). Relatório Primavera 2007: Luzes e Sombras – A governação da Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa. Disponível em www.observaport.org/opss/rp_2007.pdf. acedido em 01/01/2008.
- OPSS, (2008). Relatório Primavera 2008: Sistema de Saúde Português – Riscos e Incertezas. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa. Disponível em www.observaport.org/opss/rp_2008.pdf. acedido em 01/09/2008.
- Osborne, D. e Gaebler, T. (1992). *Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is transforming Government*. Reading Mass. Addison Wesley Public Comp.
- Ovretveit, J. et al. (2005). *Purchasers, Providers and Contracts*. In Figueras, J., Robinson, R. e Jakubowski, E. (2005) *Purchasing To Improve Health Systems Performance*. EOHSP. Open University Press. Cap. 9, 187-214.
- Ovretveit, J. (1994). *Purchasing for Health*. Buckingham, Open University Press.
- Pacheco, R. S. (2004). *Contratualização de resultados no sector público: a experiência brasileira e o debate internacional*. In IX Congreso Internacional Del Clad Sobre La Reforma Del Estado Y De La Administración Pública, Madrid, España, 2 – 5 Nov. 2004.
- Palmer, N. (2000). *The Use of Private-Sector Contracts for Primary Health Care: Theory, Evidence and Lessons for Low-Income and Middle-Income Countries*. Bulletin Of The World Health Organization, 78 (6). World Health Organization 2000, 821-829.
- Pavignani, E. e Colombo, A. (2004). *Analysing Patterns of Health Care Provision*. WHO. Disponível em <http://www.who.int>, acedido em 27/12/2008.

- Pereira, J.A., Campos, A.C., Cortês, M.F. e Costa, C. (1987). Equidade geográfica no Sistema de Saúde Português. In: Campos, A.C. e Pereira, J.A. (Eds.) *Sociedade, Saúde e Economia*. Lisboa: ENSP.
- Pereira, J. (1995). Prestação de cuidados de acordo com as necessidades? Um estudo empírico aplicado ao sistema de saúde português. In *Economia da Saúde: Conceitos e Contribuição para a gestão da saúde*. Sergio Francisco Piola / Solon Magalhães Vianna (Organizadores) / Brasília, 1995. Disponível em http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/economia_saude/cap6.pdf, acessado em 12/09/2008.
- Perrot, J. (2004). *The Role of Contracting In Improving Health Systems Performance*. WHO. Geneva.
- Perrot, J. (2006). Different Approaches to Contracting. In *Health Systems Bulletin of the World Health Organization* November 2006, 84 (11), 859-866.
- Peters, B. G. (1996). *The Future of Governing: Four Emerging Models*. University of Press of Kansas. Kansas.
- Petrella, R. (1995). L'europe entre L'innovation compétitive et un nouveau contrat social. *Riss*. 143: 21-34.
- Pinto, C. (1988). Empowerment, uma Prática de Serviço Social. In Barata, A.(Coord), *Política Social*. Lisboa: ISCSP.
- Pollitt, C. (1990). *Managerialism and the Public Services: The Anglo-American Experience*. Oxford: Basil Blackwell.
- Pollitt, C. (2000). Is The Emperor In His Underwear? An Analysis of the Impacts Of Public Management Reform." *Public Management*, Vol 2, N. ° 2, 181-199.
- Pollitt, C., et al. (2000). *Agencies: a test case for convergence?* Comunicação apresentada na Fourth International Symposium on Public Management, 10-11 Abril, Conference, Erasmus University, Roterdão, Holanda.
- Pollitt, C. et al. (2000). *The Idea of Agency – Researching the Agencification of the Public Service World. Agencies – Something for Everyone?*. Universities of Glamorgan, Ponty Pridd in Wales and Erasmus. University Rotterdam in Netherlands, Washington, Dc.
- Pollitt, C. e Bouckaert, G. (2000). *Public Management Reform: A Comparative Analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Pollitt, C., Birchall, J., e Putman, K. (1998). *Decentralising public service management*. London: Macmillan Press.

- Portugal, S. (2005). Quem tem amigos tem saúde: o papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde. Comunicação apresentada no simpósio Família, redes sociais e saúde. Hamburgo: Instituto de Sociologia da Universidade de Hamburgo, 7 e 8 de Abril de 2005.
- Poston, J. (2002). A plan with a purpose: health-care reform in the United Kingdom. CPJ/RPC July/August 2002.
- Presidência do Conselho de Ministros (2005). Programa do XVII Governo Constitucional 2005 - 2009. Lisboa. Disponível em <http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/631A5B3F-5470-4AD7-AE0F-D8324A3AF401/0/ProgramaGovernoXVII.pdf>. Acedido em 12/12/2008.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. V. (1998). Manual de investigação em ciências sociais. 2ª Edição revista e aumentada. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, V. (1994). Problemas éticos da distribuição de recursos para a saúde. Cadernos de Bio-Ética. 6, 1994: 31-43.
- Ramos, V. (1995). O que deveria ser melhorado nos serviços públicos de saúde? Estudo de opinião, de base populacional, na freguesia do Lumiar - Lisboa. Arquivos do Instituto Nacional de Saúde, 20-21.
- Ramos, V. (2003). Regulação na Saúde...e a pandemia de reformas nos sistemas de saúde. OPSS. Disponível em www.observaport.org/, acedido em 06/10/2008.
- Ramos, V. et al. (2008). Papel dos cuidados de saúde primários num modelo de gestão integrada de doenças crónicas. Lisboa.
- Ramos, V. (2009). Interface entre cuidados de saúde primários e hospitais. Disponível em <http://www.healthaction21.eu/node/114>, acedido em 12/03/2009.
- Rathwell, T. (1998). Implementing Health Care Reform: A Review of Current Experience. In Saltman, R., Figueras, J. e Sakellarides, C. (Ed.), Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Open University Press, 385-399.
- Reed, M. (2002). New managerialism, professional power and organisational governance in UK universities: A review and assessment. In A. Amaral, G. Jones e B. Karseth (Eds.), Governing higher education: National perspectives on institutional governance (pp. 163-185). Dordrecht: Kluwer University Publishers.
- Rego, A. e Cunha, M.P. (2002). As duas faces da mudança organizacional: planeada e emergente.

- Reis, V. (1999). O sistema de saúde português: donde vimos, para onde vamos.” Livro de homenagem a Augusto Mantas. APES. Lisboa.
- Reis, V. (2004). Gestão em Saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. 22, N.º 1 - Janeiro/Junho 2004.
- Rhodes, R. A. (1996). The New Governance: Governing Without GovernmEnt. Political Studies, Vol XXIV, 652-667.
- Rhodes, R. A. (1997). Reinventing Whitehall: 1979-1995. In Walter J.M. e Kickert (Ed.), Public Management And Administrative Reform In Western Europe, Edward Elgar, Cheltenham, 41-58.
- Ribeiro, J. M. (2004). Reforma do Sector Público Hospitalar: Programa de Empresarialização de 34 Hospitais Portugueses. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 4, 65-77.
- Ribeiro, C. (2003). A Supervisão dos Incidentes Críticos À Luz do Modelo Reflexivo. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 19, 650-2
- Rico, A. e Puig-Junoy, J. (2002), What Can We Learn From The Regulation Of Public Utilities?. In Saltman, R., Busse, R. e Mossialos, E. (Eds.), Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems.
- Ricketts, M. (1994). The Economics of Business Enterprise: an Introduction to Economic Organization and the Theory of the Firm. Brighnton Wheatsheaf.
- Riker, W. (1982). Liberalism against populism. San Francisco: W. H. Freeman Publishing Company.
- Rispel, L., et al. (1996). Confronting Need and Affordability: Guidelines for Primary Health Care Services in South Africa. Johannesburg: Centre for Health Policy. University of the Witwatersrand.
- Roberts, E. e Mays, N. (1998). Can Primary Care and Community-Based Models of Emergency Care Substitute for the Hospital Accident and Emergency Department?. Health Policy, Jun; 44(3), 191-214.
- Robinson , R. e Le Grand, J. (1995). Contracting and the Purchaser-Provider Split. In Altman, R. and Von Otter, C. (Eds). Implementing Planned Markets in Health Care: Balancing Social and Economic Responsibility. Open University Press, Buckingham.
- Robinson R., Jakubowski E. e Figueras, J. (2005). Organization of Purchasing in Europe. In Purchasing To Improve Health Systems Performance. Open University Press.

- Rocha, N. J. J. (1991). *Natureza Jurídica das Instituições e Serviços de Saúde que integram o Sistema de Saúde Português*. Direito de saúde e bioética. Lex-Edições Jurídicas. Lisboa.
- Rochaix, L. (1987). O poder discricionário do médico: mito ou realidade. In: *Sociedade, Saúde e Economia*. Campos, A.C. e Pereira, J.A. (Eds.). Lisboa: ENSP.
- Rodrigues, R. (1998). *Organizações, Mudança e Capacidade de Gestão*. Cascais: Principia.
- Sakellarides, C. T. et al. (1979). O serviço de cuidados de saúde primários - CS: princípios gerais e reflexões sobre uma experiência. *Cadernos de Saúde*, 1. Lisboa: ENSP.
- Sakellarides, C. T. e Briz, T. S. H. (1983). Sistemas de decisão e informação em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 5-14.
- Sakellarides, C. T. (1984). CS integrados: nova espécie de estereótipos ou instrumentos de desenvolvimento?. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 1, 12-15.
- Sakellarides, C. (2001). De Alma –Ata a Harry Potter: Um testemunho pessoal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático 2, 101-108.
- Sakellarides, C. et al. (2005). *O Futuro do Sistema de Saúde Português – Saúde 2015*. Lisboa. ENSP, UNL.
- Sakellarides, C. et al. (2009). *Reforma dos cuidados de saúde primários – um acontecimento extraordinário. Relatório do Grupo Consultivo para a reforma dos cuidados de saúde primários*.
- Saltman, R. B. e Von Otter, C. (1989). Public competition versus mixed markets: an analytic comparison. In *Health Policy*, 11, 1, 43-55.
- Saltman, R. B. e Von Otter, C. (1992). *Planned markets and public competition: strategic reform in northern European health systems*. Buckingham: Open University Press.
- Saltman, R. B. e Von Otter, C. (1995). *Implementing planned markets in health care: balancing social and economic responsibility*. Open University Press: Buckingham.
- Saltman, R. B. (1995). *Applying planned market logic to developing countries' health systems: an initial exploration*. Who/Shs/Nhp/95.7. Who, Geneva.
- Saltman, R. e Figueras, J. (1997). *European health care reform: analysis of current strategies*. WHO Regional Publications, European Series, N.º 72. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Saltman, R. B., Figueras, J. e Sakellarides, C. (1998). *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.

- Saltman, R., e Feroussier-Davis, O. (2000). The Concept of Stewardship in Health Policy. In *Bulletin Of The World Health Organization*, 78, 6, 732-739.
- Saltman, R. (2002). Regulating incentives: the past and present role of the state in health care systems. In *Social Science and Medicine*, 54, 1677-1684.
- Saltman, R., Busse, R. (2002). Balancing Regulation and Entrepreneurialism in Europe's Health Sector: Theory and Practice. In R. Saltman, R. Busse e E. Mossialos (Eds.).
- Saltman, R. B., Busse, R. e Mossialos, E. (2002). *Regulating Entrepreneurial Behaviour*. In *European Health Care Systems*. Buckingham: Open University Press.
- Saltman, R., Rico, A. e Boerma, W. (2006). *Primary Care in the Driver's Seat*. European Observatory on Health Care Systems and Policies Series. London: Open University Press, Mcgraw-Hill Education.
- Sampaio, A. (1981). A Evolução da política de Saúde em Portugal depois da Guerra de 1939-45 e suas consequências. *Arquivos do Instituto Nacional de Saúde*, 5: 75-84.
- Santana, R. e Costa, C. (2008). A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Revista portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático 7, 2008: 29-56.
- Santos, B. S. (1998). *Reinventar a Democracia*. Fundação Mário Soares: Gradiva.
- Santos, L. A. (2000) *Agencificação, publicização, contratualização e controle social – possibilidades no âmbito da reforma do aparelho do estado*. Brasília: DIAP.
- Santos, L. A. e Cardoso, L. U. S. (2001). *Avaliação de Desempenho da Acção Governamental no Brasil: Problemas e Perspectivas*. XV Concurso de Ensayos del Clad "Control Y Evaluación Del Desempeño Gubernamental." Caracas.
- Santos, R. S. (2003). A Contratualização em Saúde: Modelos de Financiamento. *Economia e Empresa*, I Série, N.º 1, Janeiro-Junho, Lusíada, 175-203.
- Santos, I. e Ribeiro, I. (2009). Indicadores de desempenho na consulta. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25:228-36.
- Sappington, D. et al. (1991). Incentives in Principal-Agent relationships. *Journal of Economic Perspectives*, 5, N. 2, 45-66.
- Savas, S. (2000). *Mach – A Methodology for Analysing Contracting in Health Care*. Copenhagen: WHO.
- Schneider, M., et al. (1992). *Health Care in the Ec Member States*. Amsterdam: Elsevier.
- Schon, D. e Argyris, C. (1972). *Theory in Practice. Increasing Professional Effectiveness*.
- Schon, D. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: basic books.

- Schon, D. (1991). *The Reflective Turn. Case Studies in Educational Practice*. Teachers College, Columbia University, New York and London.
- Selltiz, C. et al. (1986). *Research methods in social relations*. (4th Edition). New York: Holt, Rinehart and Winston Publishers.
- Serrão, et al. (1997). *Opções para um debate nacional. Conselho de reflexão sobre a saúde*. Porto.
- Serrão, et al. (1998). *Recomendações para uma reforma estrutural*. Porto: Conselho de Reflexão sobre a Saúde.
- Silva, J. M. C. (1983). O papel dos hospitais em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1: 5-10.
- Silva, A. S. e Pinto, J. M. (1997). *Metodologia das Ciências Sociais*. 9ª Ed. Porto: Edições Afrontamento.
- Simon, H. (1959). Theories of decision making in economics and behavioral science. *American Economic Review*, 49, June, 253-258.
- Simon, H. (1976). From substantive to procedural rationality. In: Hahn, F. e Hollis, M. (Eds) *Philosophy and Economic Theory*. Oxford Univ. Press.
- Simon, H. (1979). Rational decision making in business organization. *American Economic Review*, 69, September, 493-513.
- Shea, S. et al. (1992). Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-city minority population. *New England Journal of Medicine*, 327: 776-81.
- Shi, L. (1994). Primary care and life chances. *International Journal of Health Services*, 24.
- Shi, L., Starfield, B., Kennedy, B. and Kawachi, I. (1999). Income inequality, primary care and health indicators. *J Fam Pract*, 48 (4), 275-284.
- Shi, L., Starfield, B. (2000). Primary care, income inequality and self-rated health in the united states: a mixed-level analysis. *International Journal of Health Services*, 30, 541-55.
- Shi, L., Starfield, B., Politzer, R. and Reagan, J. (2002). Primary care, self-rated health and reductions in social disparities in health. *Health Services Research*; 37(3), 529-550.
- Sheiman, I. e Wasem, J. (2002). *Regulating the Entrepreneurial Behaviour of Third-Party Payers in Health Care*. Figueras, J., Mckee, M., Mossialos, E. and Saltman, R., Editors. *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*. European Observatory on Health Care Systems, Open University Press, Buckingham, Philadelphia.

- Shirley, M. (1998). Performance contracts: a tool for improving public services. In Robert Picciotto and Eduardo Wiesner, Eds. *Evaluation and Development. The Institutional Dimension*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Shirley, M. (1998). Why performance contracts for state-owned enterprises haven't worked. *World Bank Group, Public Policy for The Private Sector*, Note N° 150, August 1998, 37 – 40.
- Shirley, M. and Xu, C. (1998). Information, incentives, and commitment: an empirical analysis of contracts between government and state enterprises. *Journal of Law, Economics, and Organization*, 14, 12, 358 – 378.
- Schofield, J. (1993). Increasing the Generalizability of Qualitative Research. In M. Hammersley (Ed.). *Educational Research: Current Issues* (Pp. 91-113). London: Open University Press.
- Shortell, S. and Kaluzny, A. (2000) *Health care management, organization, design and behaviour*. 4.A Ed. Albany, Ny : Delmar.
- Simões, J. A. e Lourenço, O. D. (1999). *As Políticas Públicas de Saúde em Portugal nos últimos 25 anos*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Simões, J. A. (2004). *Retrato político da saúde – dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.
- Simões, J. A. et al. (2007). *Relatório final sobre a sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde*. Comissão para a sustentabilidade do financiamento do Serviço Nacional de Saúde.
- Sousa, J. C. (2007). A raposa e as uvas – um olhar sobre a reforma dos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 117-22.
- Sousa, J. C. (2007 b)). *Análise de factores positivos e de constrangimento da actual reforma dos CSP em Portugal*. *Jornal Médico de Família*, III Série nº 116, 16 de Janeiro de 2007: 16-24.
- Souza, J. C., Sardinha, A. M., Sanchez, J. P., Melo, M., Ribas, M. J. (2001). Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático, 2, 2001: 63 – 74.
- Starfield, B. (1992). *Primary Care: Concept, evaluation and policy*. Oxford University Press.

- Starfield, B. and Shi, L. (2002). Policy-relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 60.
- Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., Mcwhinney, I.R., Mcwilliam, C.L., Freeman, T.R. (1995) *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. California: Thousand Oaks, Sage Publications, Inc.
- Stewart, D. W. e Shamdasani, P. N. (1990). *Focus Group. Theory and Practice*. California: Newbury Park, Sage Publications.
- Street, A. e Maynard, A. (2007). Activity based financing in England: the need for continual refinement of payment by results. *Health Economics, Policy and Law*, 2, 419-427. Cambridge: University Press.
- Tadelis, S. (2002). The market reputation as an incentive mechanism. *Journal of Political Economy*. 111, 854-870.
- Tanaka, O. Y. e Oliveira, V. E. (2007). Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde e Sociedade*, 16, n.1, 7-17, jan-abr 2007.
- Terry, L. D. (1998). Administrative leadership, neo-managerialism, and the public management movement. *Public Administration Review*, 58, Nº 3, 195-200.
- Terry, L. D. (2003). *Leadership of Public Bureaucracies: The Administrator as Conservator* (2nd Ed.). New York: M. E. Sharpe, Inc.
- Terry, L. D. (2005). The thinning of administrative institutions in the hollow state. *Administration e Society*, 37, Nº 4, 426-444.
- Thompson, L. (2004). *Between Hierarchies e Markets: The Logic and Limits of Network forms of Organization*. Oxford: University Press
- Toonen, T. A. J. (1996). Public sector reform in western Europe: a paradigm shift or public administration as usual?. In Hesse, J. J. and Theo A. J. Toonen (Eds.), *The European Yearbook of Comparative Government and Public Administration*, Vol. III. Baden-Baden: Nomos.
- Travassos, C. Viacava, F., Fernandes, C. e Almeida, C. (2000). Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 5(1): 133-149.
- Tribunal de Contas (2003). Relatório de Auditoria N.º 10/2003 – 2.ª Seção, Processo N.º 06/02 - Auditoria à Situação Financeira do Serviço Nacional de Saúde.” Disponível online em

https://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2003/audit2003.shtm, acessado em 12/01/2007.

- Tripp, D. (1993). *Critical Incident in Teaching: Developing professional judgement*. London: New Fetter Lane.
- Trivinos, A.N. (1992). *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação*. São Paulo: Atlas.
- Trosa, S. (2001). *Gestão pública por resultados. Quando o estado se compromete*. Rio de Janeiro: Revan; Brasília: ENAP.
- Turner, M. e Hulme, D. (1997). *Governance, Administration e Development*. London.
- Urbano, J., Bentes, M. e Vertrees, J. (1993). *Portugal: national commitment and the implementation of DRG*.
- Vala, J. (1987). *Análise de conteúdo*. In Silva, A. S. e Pinto, J. M. *Metodologia das Ciências Sociais*, II Edição, Porto: Edições Afrontamento.
- Viana, S. M., Nunes, A., Barata, R.B. e Santos, J. R. S. (2001). *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília, Ipea/Opas.
- Vickers, J., e Yarrow, G. (1988). *Privatisation: An economic analysis*. Cambridge: MA: MIT Press.
- Villalbí, Jr., et al. (1999). *Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud*. *Atención Primaria* 1999; 24, 468-74.
- Vieira, F. (1993). *Supervisão. Uma prática reflexiva de formação de professores*. Lisboa: Edições Asa.
- Vuori, H. (1983). *Primary health care in Europe: problems and solutions*. Annual Conference of the Japanese Society of Primary Health Care, 6, Japanese Society of Primary Health Care Tokyo, 11-12 June 1983. Tokyo.
- Walt, G. e Gilson, L. (1994). *Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis*. *Health Policy and Planning* 9 (4), 353-370.
- Walsh, K. (1995). *Public services and the market mechanisms: competition. Contracting and the New Public Management*. London: Macmillan Press.
- Walsh, N. (1997). *Total purchasing in Berkshire: strengthening primary care*. Birmingham: Health services Management Centre, University Of Birmingham.
- Wasserman, S. e Faust, K. (1994). *Social Network Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Welch, E. W. e Wong, W. (2001). Effects of global pressures on public bureaucracy. *Administration e Society*, 33, N° 4, 371-402.
- Wensing, M. et al. (1998). General practice care and patients. Priorities in Europe: An International Comparison." *Health Policy*, 45: 175-186.
- WHO (2000). The world health report 2000: Health systems: improving performance. Disponível em www.who.int/whr/2000/en, acessado em 12/01/2008.
- WHO (2003). Strengthening Health Systems In Developing Countries. The Role of Contractual Arrangements In Improving Health Systems Performance. Fifty-Sixth World Health Assembly of World Health Organization.
- Williamson, O. (1979). Transaction-cost economics: the governance of contractual relations. *Journal of Law and Economics*, Vol. XXII (1),233-61.
- Williamson, O. E. (1985). *The Economic Institutions of Capitalism*. New York: The Free Press.
- Williamson, O.E. (1989). *Las Instituciones Económicas del Capitalismo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Williamson, O. (1996 a). *The Mechanisms of Governance*. Oxford: Oxford University Press.
- Williamson, O. (1996 b). The limits of firms: incentive and bureaucratic features. In *The Economic Nature of The Firm*: Reading Ed. Louis Penerrman (146-161). Cambridge: Cambridge University Press.
- Wilson, G. K. (1991). Perspectivas de la función pública en Gran Bretaña. *Revista Internacional de Ciencias Administrativas*, 57, N.3, 11-31.
- Wilson, E. e Doig, A. (1996). The Shape old ideology: structure, culture and policy delivery in the new public sector. *Public Money e Management*, 16, N. 2, 53-61.
- Wilson, D. M. (1999). Public and private health-care systems: what the literature says. In *Canadian Public Administration*, 44, N. 2, 204-231.
- Wilkin, D., Hallam, L. e Dagget, M. (1992). *Measures of Need for Health Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Wright, P. et al. (2001). A reexamination of agency theory assumptions: extensions and extrapolations. *Journal of Socio Economics*, 30, 413-429.
- World Bank (1993). *Investing In Health*. World Development Report 1993. Oxford: University Press.
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research - Design and Methods*. California: Sage Publications.

Sites da Web consultados

<http://www.dgs.pt/>
<http://www.portaldasaude.pt/portal>
<http://www.igif.min-saude.pt/>
<http://www.arsc.online.pt/>
<https://www.tcontas.pt/index.shtm>
<http://www.min-financas.pt/>
<http://www.observaport.org/>
<http://www.srsleiria.min-saude.pt>
<http://www.mcsp.min-saude.pt/mcsp>
<http://www.apes.pt/>
<http://www.euro.who.int/observatory>
<http://www.ers.pt/>
<http://www.ensp.unl.pt/>
<http://www.apmcg.pt/>
<http://www.governo.gov.pt/>
<http://www.acs.min-saude.pt/>
<http://www.arsnorte.min-saude.pt/>
<http://www.arsc.online.pt/>
<http://www.arslvt.min-saude.pt/>
<http://www.jmfamilia.com/>
<http://www.contratualização.min-saude.pt>

12 Legislação

Administrações Regionais de Saúde

Decreto-Lei n.º 222/2007. DR 103 SÉRIE I de 2007-05-29. Aprova a orgânica das Administrações Regionais de Saúde, IP e revoga o Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de Setembro.

Agrupamentos de CS (ACES)

Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de CS do Serviço Nacional de Saúde.

CS

Decreto-Lei n.º 28/2008. DR 38 SÉRIE I de 2008-02-22, estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de CS do Serviço Nacional de Saúde.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2006, de 21 de Abril.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/2005, de 4 de Agosto.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005, de 7 de Abril e Despacho n.º 10942/2005, de 21 de Abril do Ministro da Saúde – Estabelece as linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários.

Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, revogado pelo Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, que por sua vez foi revogado pelo Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de Junho, que repristina o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio (Resolução do Conselho de Ministros n.º 96/2005, de 27 de Abril) – Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos CS.

Decreto-Lei n.º 156/99. DR 108/99 SÉRIE I-A de 1999-05-10, estabelece o regime dos sistemas locais de saúde.

Decreto-Lei n.º 117/98 de 5 de Maio - Estabelece o regime remuneratório experimental dos médicos da carreira de clínica geral.

Entidade Reguladora da Saúde

Decreto-Lei n.º 309/2003. DR 284 SÉRIE I-A de 2003-12-10. Cria a Entidade Reguladora da Saúde.

Estatuto do SNS

Decreto-Lei n.º 276-A/2007. DR 146 SÉRIE I, 1º SUPLEMENTO de 2007-07-31 Sexta alteração ao Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro (Artº 18ºA - Contratos de trabalho a termo resolutivo certo, para os grupos profissionais: pessoal médico, enfermagem, técnicos de diagnóstico e terapêutica, auxiliares de acção médica e secretariado clínico. Competência da ACSS IP).

Decreto-Lei n.º 68/2000. DR 97 SÉRIE I-A de 2000-04-26. Altera o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, na redacção que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 53/98, de 11 de Março, integrando ainda uma disposição excepcional e transitória referente aos contratos a termo actualmente em vigor.

Decreto-Lei n.º 53/98. DR 59/98 SÉRIE I-A de 1998-03-11. Dá nova redacção ao artigo 18.º e adita o artigo 18.º-A ao Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro.

Decreto-Lei n.º 11/93. DR 12/93 SÉRIE I-A de 1993-01-15. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Gestão Hospitalar

Decreto-Lei n.º 206/2004. DR 195 SÉRIE I-A de 2004-08-19. Regulamenta o artigo 15.º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro (hospitais com ensino pré-graduado e de investigação científica).

Decreto-Lei n.º 188/2003. DR 191 SÉRIE I-A de 2003-08-20. Regulamenta os artigos 9.º e 11.º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

Lei n.º 27/2002. DR 258 SÉRIE I-A de 2002-11-08. Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.

Decreto-Lei n.º 39/2002. DR 48 SÉRIE I-A de 2002-02-26. Aprova nova forma de designação dos órgãos de direcção técnica dos estabelecimentos hospitalares e dos CS, altera a composição dos conselhos técnicos dos hospitais e flexibiliza a contratação de bens e serviços pelos hospitais.

Hospitais e Centros Hospitalares EPE

Decreto-Lei n.º 93/2005. DR 109 SÉRIE I-A de 2005-06-07. Transforma os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais.

Lei de Bases da Saúde

Lei n.º 48/90. DR 195/90 SÉRIE I de 1990-08-24. Lei de Bases da Saúde.

Ministério da Saúde

Decreto-Lei n.º 234/2008. DR 233 SÉRIE I de 2008-12-02 . Primeira alteração aos Decretos-Leis n.os 212/2006, de 27 de Outubro, que aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, e 219/2007, de 29 de Maio, que aprova a orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, IP, transferindo as competências atribuídas à Administração Central do Sistema de Saúde, IP, em matéria de qualidade, para a Direcção-Geral da Saúde e fixando a forma de extinção da estrutura de missão Parcerias.Saúde, criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de Novembro, cujo prazo de vigência foi prorrogado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2004, de 1 de Julho.

Decreto-Lei n.º 212/2006. DR 208 SÉRIE I de 2006-10-27. Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde.

Unidades de Saúde Familiar

Portaria n.º 301/2008. DR 77 SÉRIE I de 2008-04-18. Regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às unidades de saúde familiar (USF) e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efectividade e qualidade dos cuidados prestados.

Despacho n.º 24101/2007. DR 203 SÉRIE II de 2007-10-22. Aprova a lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as unidades de saúde familiar em três modelos de desenvolvimento, A, B e C.

Despacho Normativo n.º 9/2006. DR 34 SÉRIE I-B de 2006-02-16. Aprova o Regulamento para Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiar.

Unidades Locais de Saúde

Decreto-Lei n.º 12/2009. DR n.º 7, Série I de 2009-01-12. Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de Setembro, que cria a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE, a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, e a Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE, e aprova os respectivos estatutos.

Decreto-Lei n.º 183/2008, DR n.º 171, Série I de 2008-09-04. Cria a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE, a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE, e a Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE, e aprova os respectivos estatutos.

Decreto-Lei n.º 50-B/2007. DR 42 SÉRIE I 2º SUPLEMENTO de 2007-02-28. Cria a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE, e aprova os respectivos Estatutos.

Decreto-Lei n.º 207/99. DR 133/99 SÉRIE I-A de 1999-06-09. Cria a Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Constituição da República Portuguesa.

Resolução do Conselho de Ministros N.º 124/2005, 4 de Agosto.

ANEXOS

ANEXO 1

Guião de Entrevista 1 - Guião de Entrevista a realizar a Responsáveis pelas Agências de Contratualização da Saúde no período 1996-2000

- Apresentação: No âmbito de um projecto de investigação, conducente à apresentação de uma tese de mestrado em Gestão Pública da Universidade de Aveiro, sobre “A Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal - avaliação das primeiras experiências de contratualização com os CS da Região de Lisboa e Vale do Tejo - Factores Críticos de Sucesso, pretende-se recolher elementos que permitam um estudo aprofundado desse processo.
- Objectivos específicos:
 - I. Contribuir para a caracterização da ideia de contratualização com os CS, descrevendo as formas práticas que essa ideia tomou no nosso país e mais especificamente durante o período de 1996-2000, na Região de Saúde de Vale do Tejo, uma vez que foi a única região de saúde que teve uma experiência de contratualização com CS com uma duração significativa (superior a um ano);
 - II. Analisar a experiência de contratualização de cuidados de saúde primários e o papel das agências, tanto no seu enquadramento estratégico, como nos processos de contratualização adoptados;
 - III. Admitindo que a contratualização num “quase-mercado” público pressupõe, do lado da Agência, o conhecimento das necessidades a atender e de um preço “justo” para negociar, e do lado dos prestadores, o conhecimento das suas “funções de produção” para, igualmente, barganhar justamente na negociação do contrato, importa verificar até que ponto esses pressupostos estavam materializados nos anos iniciais da experiência de contratualização com CS;
 - IV. Identificar os factores críticos e que no contexto português, condicionam a implementação dos processos de contratualização no sector.

Blocos temáticos

Bloco A – Legitimação da entrevista e motivação.

1 – Informação ao entrevistado sobre o projecto de investigação (tema e objectivos específicos), em termos gerais.

2 – Solicitação de colaboração e apelo a um esforço de memória reconstrutiva das experiências vividas há aproximadamente dez anos, sendo o seu contributo imprescindível para a prossecução do trabalho.

3 – Segurança do carácter confidencial das informações prestadas.

4 – Solicitação da autorização para a gravação da entrevista, assegurando que a mesma será destruída após a transcrição dos dados.

Bloco B – Caracterização sócio-demográfica e profissional do entrevistado

Gostaria que me falasse um pouco sobre o seu percurso académico e profissional. (Situação actual e actividades anteriores e em termos científicos e/ou profissionais)

Qual a sua formação académica?

Onde e que tipo de funções exerceu?

Sexo: Feminino _ Masculino _

Idade: ____ anos

Formação académica:

Experiência profissional:

Categoria/Cargo profissional:

Área de actuação: Gestão _ Prestação de cuidados _

Bloco C – Questões gerais: contexto/enquadramento estratégico do processo de contratualização em Portugal

Quanto ao contexto/enquadramento estratégico do processo de contratualização com os CS no período de 1996-2000:

- 1 Considera a contratualização como um dos elementos fulcrais para a mudança/reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal?
- 2 Se sim, até que ponto será ela viável sem o desenvolvimento de outras componentes, nomeadamente a regulação, a qualidade, a cidadania e a inovação na gestão?

Bloco D – Representações sobre as vivências de contratualização da Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde da ARSLVT com os CS, no período de 1996 a 2000

Quanto à experiência da Agência da ARSLVT com os CS (Funcionamento/Organização/Funções Técnicas da função agência), aquando as primeiras experiências com os Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente com os CS da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, e apelando à sua capacidade de memória:

- a) Quem foram os principais intervenientes nesse processo de contratualização? Quantos CS da RLVT estiveram envolvidos?
- b) Qual foi o período temporal dessa experiência?
- c) Quem fazia parte da equipa de trabalho da Agência de contratualização da ARSLVT? Qual o critério de especialização da função agência que lhe parece mais adequado? Equipas especializadas por projecto, por áreas geográficas ou por áreas de prestação?
- d) À data foram definidas linhas estratégicas de acção nas quais a contratualização era parte integrante? Quem emanava essas orientações estratégicas? O Conselho de Administração da ARSLVT? O Ministério da Saúde?
- e) Qual era a missão das agências? O que se pretendia com a introdução da contratualização nos cuidados de saúde primários?
- f) Esses objectivos foram atingidos? Porquê?
- g) Considera que o posicionamento escolhido para a função agência, enquanto instância intermédia de intervenção no sistema é a mais adequada? Deverá ser uma entidade

independente da ARS ou antes assumir uma posição independente da ARS sob ponto de vista funcional?

- h) Concorda com a localização da função agência como função de âmbito regional?
- i) De acordo com o Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Julho, às agências de acompanhamento dos serviços de saúde, mais tarde designadas por agências de contratualização (já agora, tem alguma explicação para a mudança de designação das agências?) competia-lhes as seguintes funções:

- 1.Participar na previsão de necessidades em cuidados de saúde para as quais há que garantir respostas adequadas;
- 2.Produzir e divulgar informação sobre os serviços de saúde e promover a utilização desses conhecimentos pela administração e pelos cidadãos;
- 3.Incorporar na reorientação do sistema de saúde a opinião dos cidadãos;
- 4.Acompanhar o desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde na resposta àquelas necessidades;
- 5.Participar gradualmente no processo de atribuição/distribuição de recursos financeiros pelas instituições de saúde da região, através de modelos de contratualização de prestação de cuidados de saúde;
- 6.Participar na celebração de acordos e convenções com entidades privadas e instituições privadas de solidariedade social para a prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde;
- 7.Participar na celebração, no acompanhamento e na revisão de contratos de gestão de serviços públicos com entidades privadas;
- 8.Avaliar os ganhos em saúde e bem-estar obtidos com os recursos financeiros gastos.

Na sua opinião, todas estas funções conseguiram ser efectivamente executadas?

Porquê? Até onde se chegou?

- j) Conseguiu-se prever e estimar necessidades em saúde? Quais os métodos mais pertinentes para estimar necessidades em saúde?
- k) Quais as principais dificuldades encontradas na recolha de dados do histórico, referentes à produção, eficácia e eficiência dos serviços?
- l) Quais os instrumentos utilizados na recolha de opiniões e expectativas dos utentes?

- m) Qual acha que deve ser a missão de uma agência de contratualização nos cuidados de saúde primários?
- n) Concorda com a opinião de alguns investigadores quando afirmam que as agências, neste período, tiveram uma actuação meramente pedagógica? Porquê?
- o) Chegaram a existir reuniões de negociação? Com que periodicidade? Quem eram os intervenientes? Como decorreram? Quais os assuntos que eram normalmente abordados?
- p) Até onde chegou o processo de negociação?
- q) E quanto ao processo de monitorização/acompanhamento? Como decorreu essa experiência?
- r) No processo de acompanhamento da execução do contratado, foram introduzidos alguns mecanismos de incentivo e, eventualmente, de penalização?
- s) Chegou a fazer-se alguma distribuição de verbas pelos CS?
- t) Um dos instrumentos chave utilizados neste processo de contratualização foi o orçamento-programa. Em que consistia? Quais os critérios seleccionados para análise dos orçamentos-programa? De ano para ano, esses critérios iam variando? Porquê?
- u) E relativamente aos indicadores de análise para a contratualização (negociação e acompanhamento), considera que forma os mais adequados? Consegue identificar algumas vantagens e desvantagens?
- v) Qual a sua opinião sobre a exequibilidade deste instrumento? Qual o feedback da agência sobre a sua exequibilidade? Qual a avaliação que faz da utilidade deste instrumento no processo de contratualização com os CS?
- w) Quais as principais dificuldades sentidas? Como decorreu a discussão dos orçamentos-programa, em sede de agência?
- x) Qual o papel desempenhado pela agência de acompanhamento externo? Que instituições estiveram envolvidas?
- y) Actuaram como eco dos pontos existentes de recepção de reclamações e sugestões de utentes?
- z) Considera que o acompanhamento externo contribuiu para a melhoria da relação dos utentes com os serviços de saúde?

Bloco E – Questões finais

- Os diferentes tipos de CS: como aplicar um único modelo?

- Separação de financiamento e prestação: é mais difícil nos CS?
- Instalou-se o hábito da negociação de contratos?
- Que manifestações de vulnerabilidade do processo de instalação das agências às variações de contexto?
- O comprador, através das agências, obteve alguma vantagem financeira e/ou de efectividade devido à contratualização?
- A experiência acumulada com o exercício serve para algum outro objectivo estratégico de continuação de reforma no curto prazo?
- Que padrão de contratualização mais se adequará ao contexto dos Cuidados de Saúde Primários em português? Uma fase relacional curta ou mais longa e assente num processo negocial informal, passando posteriormente à fase contratual executória (convencional)?
- Será expectante que o cidadão possa assumir um papel mais intervencionista e facilitador da contratualização?
- No seu papel de Gestor refira/descreva as dificuldades de implementação que sentiu com este processo.
- Descreva o tipo de resistências que observou/sentiu, por parte de quem?
- Quais os acontecimentos, ou factores, que mais o marcaram (positiva ou negativamente) ao longo da sua participação neste processo?

ANEXO 2

Guião de Entrevista 2 - Guião de Entrevista a realizar a Directores de CS no período 1996-2000, aquando a primeira experiência de contratualização nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Blocos temáticos

Bloco A – Legitimação da entrevista e motivação

- Apresentação: No âmbito de um projecto de investigação, conducente à apresentação de uma tese de mestrado em Gestão Pública da Universidade de Aveiro, sobre “A Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal - avaliação das primeiras experiências de contratualização com os CS da Região de Lisboa e Vale do Tejo - Factores Críticos de Sucesso”, pretende-se recolher elementos que permitam um estudo aprofundado desse processo.

Apelando à realização de um exercício de memória reconstrutiva das experiências vividas há aproximadamente dez anos, agradeço, desde já a colaboração e disponibilidade, sendo que o seu contributo será imprescindível para a prossecução deste trabalho.

Será garantido o carácter confidencial de todas as informações prestadas.

- Objectivos específicos:
 - V. Contribuir para a caracterização da ideia de contratualização com os CS, descrevendo as formas práticas que essa ideia tomou no nosso país e mais especificamente durante o período de 1996-2000, na Região de Saúde de Vale do Tejo, uma vez que foi a única região de saúde que teve uma experiência de contratualização com CS com uma duração significativa (superior a um ano);
 - VI. Analisar a experiência de contratualização de cuidados de saúde primários e o papel das agências, tanto no seu enquadramento estratégico, como nos processos de contratualização adoptados;
 - VII. Admitindo que a contratualização num “quase-mercado” público pressupõe, do lado da Agência, o conhecimento das necessidades a atender e de um preço “justo” para

negociar, e do lado dos prestadores, o conhecimento das suas “funções de produção” para, igualmente, barganhar justamente na negociação do contrato, importa verificar até que ponto esses pressupostos estavam materializados nos anos iniciais da experiência de contratualização com CS;

- VIII. Identificar os factores críticos e que no contexto português, condicionam a implementação dos processos de contratualização no sector.

Bloco B – Caracterização sócio-demográfica e profissional do entrevistado

1. Gostaria que me falasse um pouco sobre o seu percurso profissional.
2. Qual a sua formação académica?
3. Onde e que tipo de funções exerceu?

Bloco C – Questões gerais: contexto/enquadramento estratégico do processo de contratualização em Portugal

Quanto ao contexto/enquadramento estratégico do processo de contratualização com os CS no período de 1996-2000:

4. Considera a contratualização como um dos elementos fulcrais para a mudança/reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal?
5. Se sim, até que ponto será ela viável sem o desenvolvimento de outras componentes, nomeadamente a regulação, a qualidade, a cidadania e a inovação na gestão?
6. Que padrão de contratualização mais se adequará ao contexto dos Cuidados de Saúde Primários em português? Uma fase relacional curta ou mais longa e assente num processo negocial informal, passando posteriormente à fase contratual executória (convencional)?

Bloco D – Representações sobre as vivências de contratualização dos CS, no período de 1996 a 2000, com a Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde da ARSLVT

7. Quem foram os principais intervenientes nesse processo de contratualização?
8. Qual foi o período temporal dessa experiência?

9. Chegaram a existir reuniões de negociação com a Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde da ARSLVT? Com que periodicidade? Quem eram os intervenientes? Como decorreram? Quais os assuntos que eram normalmente abordados?
10. Até onde chegou o processo de negociação?
11. E quanto ao processo de monitorização/acompanhamento? Como era efectuado? Como decorreu essa experiência?
12. No processo de acompanhamento da execução do contratado, foram introduzidos alguns mecanismos de incentivo e, eventualmente, de penalização? Chegou a fazer-se alguma distribuição de verbas pelos CS?
13. Um dos instrumentos chave utilizados neste processo de contratualização foi o orçamento-programa. Qual a sua opinião sobre a exequibilidade deste instrumento? Sentiram dificuldades na recolha de dados necessários ao seu preenchimento, nomeadamente, na recolha de dados do histórico, referentes à produção, eficácia e eficiência dos serviços?
14. E relativamente aos indicadores de análise para a contratualização (negociação e acompanhamento), considera que foram os mais adequados? Consegue identificar algumas vantagens e desvantagens?
15. Concorde com a opinião de alguns investigadores quando afirmam que as agências, neste período, tiveram uma actuação meramente pedagógica? Porquê?
16. Com o distanciamento temporal de aproximadamente dez anos, que balanço faz desta primeira experiência de contratualização com os CS portugueses? Qual o seu impacto na gestão dos CS?
17. No seu papel de Gestor refira/descreva as dificuldades de implementação que sentiu com este processo.
18. Descreva o tipo de resistências que observou/sentiu, por parte de quem?
19. Quais os acontecimentos, ou factores, que mais o marcaram (positiva ou negativamente) ao longo da sua participação neste processo?

ANEXO 3

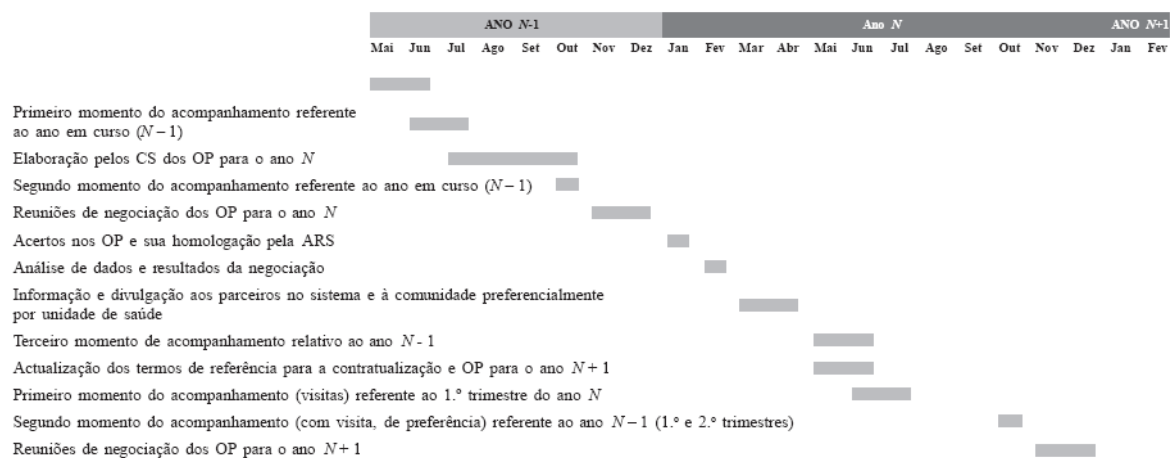
À AASS competia desenvolver as seguintes funções⁸⁴:

- “a) Participar na previsão de necessidades em cuidados de saúde para as quais há que garantir respostas adequadas;
- b) Produzir e divulgar informação sobre os serviços de saúde e promover a utilização desses conhecimentos pela administração e pelos cidadãos;
- c) Incorporar na reorientação do sistema de saúde a opinião dos cidadãos;
- d) Acompanhar o desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde na resposta àquelas necessidades;
- e) Participar gradualmente no processo de atribuição/distribuição de recursos financeiros pelas instituições de saúde da região, através de modelos de contratualização de prestação de cuidados de saúde;
- f) Participar na celebração de acordos e convenções com entidades privadas e instituições privadas de solidariedade social para a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS;
- g) Participar na celebração, no acompanhamento e na revisão de contratos de gestão de serviços públicos com entidades privadas;
- h) Avaliar os ganhos em saúde e bem-estar obtidos com os recursos financeiros gastos.”

84 N.º 3 do Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 Agosto de 1997.

ANEXO 4

Calendarização da preparação dos orçamentos-programa.



Fonte: Luz (2001: 30)

ANEXO 5

Indicadores básicos utilizados e os respectivos valores de referência para análise dos OP's, no âmbito do processo de contratualização iniciado em 1996 entre a ACSS da região de LVT e os CS

Indicadores	Valor de referência
Adequação	
➤ Áreas de intervenção com objectivos definidos em termos específicos/Áreas de intervenção constantes no Plano de Acção 99 da ARSLVT x 100	$\geq 60\%$
➤ Consonância entre as metas formuladas e a informação apresentada nos quadros do OP	$\cong 100\%$
Acessibilidade e utilização	
➤ Taxa de Utilização em Saúde de Adultos Nº total de 1ª consultas no ano em Saúde de Adultos / nº de inscritos no Centro de Saúde de idade superior a 14 anos x 100	$\geq 50\%$
➤ Taxa de Utilização em Saúde Infantil Nº total de 1ª consultas no ano e no grupo etário considerado em Saúde Infantil / nº de inscritos no Centro de Saúde no mesmo grupo etário x 100 <ul style="list-style-type: none"> • 0 – 11 meses • 12 – 23 meses • 2 – 14 anos 	de acordo com a previsão de utilizadores
➤ Taxa de Utilização em Saúde Materna Nº total de 1ª consultas no ano em Saúde Materna / nº de crianças dos 0 aos 11 meses inscritas no Centro de Saúde x 100	de acordo com a previsão de utilizadores
➤ Taxa de Utilização em Planeamento Familiar Nº total de 1ª consultas no ano de Planeamento Familiar / nº de mulheres dos 15 – 44 anos inscritas no Centro de Saúde x 100	de acordo com a previsão de utilizadores
Qualidade (Nota: Não sendo ainda possível utilizar outros indicadores de qualidade, adoptamos os possíveis, cientes de que estes não avaliam a qualidade em todas as suas vertentes)	
➤ Utilização média: Nº total de consultas / nº de 1ª consultas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planeamento Familiar ▪ Saúde Materna ▪ Saúde Infantil 0 – 11 meses ▪ Saúde Infantil 12 – 23 meses ▪ Saúde Infantil 2 – 14 anos 	2 - 3 8 - 10 6 - 8 3 - 4 2 - 3
➤ Precocidade de 1ª consultas de Saúde Materna Grávidas com 1ª consulta de vigilância no 1º trimestre / 1ª consultas de Saúde Materna x 100	$\geq 70\%$

<p>➤ Precocidade de 1ª consultas de Saúde Infantil</p> <p>■ 1ª consultas na vida a crianças com menos de 2 meses / 1ª consultas na vida a crianças com menos de 12 meses x 100</p> <p>■ 1ª consultas na vida a crianças com menos de 1 mês / 1ª consultas na vida a crianças com menos de 2 meses x 100</p>	<p>≥ 95 %</p> <p>≥ 90 %</p>
<p>➤ Exame global de saúde</p> <p>Nº de crianças de 5 – 6 anos que fizeram exame global de saúde / nº total de crianças de 5 – 6 anos inscritas no Centro de Saúde x 100</p>	<p>≥ 70 %</p>
<p>➤ % de vacinação nas crianças inscritas</p> <p>■ Nº de crianças dos 0 – 11 meses com PNV cumprido para o grupo etário / nº de crianças dos 0 – 11 meses inscritas x 100</p> <p>■ Nº de crianças dos 12 - 23 meses com PNV cumprido para o grupo etário / nº de crianças dos 12 - 23 meses inscritas x 100</p>	<p>≥ 95 %</p> <p>≥ 95 %</p>
<p>➤ % de guias diabéticos distribuídos</p> <p>Nº de guias diabéticos distribuídos / nº de diabéticos estimados x 100</p>	<p>≥ 75 %</p>
Produtividade	
<p>➤ Razão actividades (quantidade) / Tempo (horas)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cuidados de Saúde a adultos (consultas) *4 – 5 ■ Tratamentos de enfermagem no CS *3,5 – 4,5 ■ Acto vacinal *4 – 6 ■ Entrevistas de enfermagem *3 – 4 ■ Sessões de educação para a saúde em grupo *1 – 1,5 ■ Cuidados médicos no domicílio *0,8 – 1,2 ■ Cuidados de enfermagem no domicílio *0,8 – 1,2 ■ Consulta de planeamento familiar *2,5 – 3,5 ■ Consulta de saúde materna *2,5 – 3,5 ■ Cuidados de saúde a crianças (consultas) *2,5 – 3,5 	
Eficiência	
<p>➤ Custo médio em medicamentos por consulta realizada no Centro de Saúde (excluindo as realizadas no SAP/SADU/SU), por ano</p> <p>(O valor máximo de referência corresponde ao valor médio observado entre 1997 e 1999 nos Centros de Saúde da Sub-Região que se situaram entre o 1º quartil e a mediana.)</p> <p>Nota: Para os centros de saúde cujo valor histórico deste indicador apresenta grandes desvios em relação ao valor máximo de referência, poder-se-á aceitar um custo médio em medicamentos (excepto SAP) até 4.000 escudos (19,95 euros). Para tal, é indispensável a apresentação de um plano estratégico de racionalização da prescrição, a implementar (ou já implementado) no centro de saúde durante 2002.</p>	<p>≤ 3.500 escudos**</p> <p>(≤ 17,46 euros)</p>

ANEXO 6

Número de entrevistas solicitadas e concedidas

	Número de entrevistas solicitadas	Número de entrevistas concedidas
Coordenadores ou elementos da equipa da Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde da ARSLVT	5	4
Comissão de Acompanhamento Externo dos Serviços de Saúde da RLVT	2	0
Elementos das Sub-Regiões de Saúde da RLVT	2	2
Directores e respectiva equipa de direcção dos CS da RLVT	8	4

ANEXO 7

Características sócio-demográficas dos entrevistados

<i>Entrevista</i>	<i>Sexo</i>	<i>Idade</i>	<i>Instituição de pertença</i>
ACSS LVT 1	M	46	Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde da ARSLVT
ACSS LVT 2	M	41	Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde da ARSLVT
ACSS LVT 3	F	45	Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde da ARSLVT
ACSS LVT 4	F	49	Agência de Contratualização dos Serviços de Saúde da ARSLVT
SRS LVT 1	F	47	Sub-Região de Saúde de Setúbal
SRS LVT 2	M	54	Sub-Região de Saúde de Setúbal
CS 1	M	51	CS da RLVT
CS 2	M	49	CS da RLVT
CS 3	F	44	CS da RLVT
CS 4	F	46	CS da RLVT

ANEXO 8

Definição do significado atribuído às dimensões e categorias

PRIMEIRA DIMENSÃO: CONTEXTO/ENQUADRAMENTO GERAL DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO NA SAÚDE	
Categorias	
<u>Ambiente sociopolítico desfavorável</u>	Percepções dos entrevistados referentes à instabilidade política, grau de incerteza e falta de apoio político.
<u>Inoperacionalidade das Reformas Anteriores</u>	As reformas organizacionais em Portugal no sector da saúde, em geral e nos CSP em particular: o fracasso de algumas reformas na década de noventa em Portugal.
<u>Debilidades na condução “política” do processo</u>	Explicitação de algumas debilidades/incipiência nos processos de regulação, qualidade e cidadania.
SEGUNDA DIMENSÃO: CONTEXTO INSTITUCIONAL DE ENQUADRAMENTO DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO NA SAÚDE	
Categorias	
<u>Adequabilidades das práticas organizacionais e das formas organizacionais</u>	Referências às questões relacionadas com as principais práticas organizacionais vigentes no sector da saúde em Portugal (gerais e não específicas da contratualização) como inovação na gestão, avaliação de desempenho na AP, práticas de negociação, bem como referências à contratação num mercado imperfeito como o sector da saúde, a eficiência das instituições públicas do sector e as formas organizacionais e nível de actividade da instituição estatal negociadora/compradora e da instituição prestadora de CSP.
<u>Posições dos actores envolvidos</u>	Concentra os discursos referentes aos profissionais utentes/cidadãos e outros envolvidos no processo.

TERCEIRA DIMENSÃO: CONCEPTUALIZAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE CONTRATUALIZAÇÃO NOS CSP	
Categorias	
<u>Enquadramento Estratégico</u>	Consonância entre os objectivos apresentados, desde que adaptados localmente e as prioridades e objectivos regionais e nacionais.
<u>Enquadramento Processual/Operacional</u>	Incluiu a definição de indicadores de desempenho, a construção e o papel desempenhado pelo instrumento de negociação: o OP; os sistemas de informação; a definição de um sistema de consequências (incentivos e penalizações sistema de recompensas e o processo de negociação, monitorização e acompanhamento.
<u>Enquadramento Humano</u>	Refere-se ao enquadramento dos actores durante o processo e da forma como foram reagindo, profissionais e utentes, ao longo do processo.